FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907, à 1 heure.

Par E. FILHOULAUD

Né à Saint-Paul (Haute-Vienne), le 30 avril 1880.

Ancien interne des hôpitaux de Paris
et de la Maternité de l'hôpital Lariboisière
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE RÉCIDIVÉE

Président : M. TERRIER, *Professeur.*
Juges : MM. RECLUS, *Professeur.*
GOSSET, } *Agrégés.*
POTOCKI, }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		N...
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		N...
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. N ..
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BALTHAZARD	DUVAL.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	FAURE.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA (André).	JEANSELME.	MERY.	
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
CUNEO.	LAUNOIS.	PROUST.	
DEMELIN.	LEGRY.	RENON.	
DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.	

Le Secrétaire de la Faculte : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur FILHOULAUD

Qui sut guider mes premiers pas en médecine,
en hommage de profonde piété filiale.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

Avec l'hommage de ma profonde et respectueuse affection et de ma reconnaissance.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DE LIMOGES

M. le Docteur CHÉNIEUX,

Professeur de clinique chirurgicale.

M. le Docteur Justin LEMAISTRE,

Professeur d'anatomie
Externat 1898-1899.

M. le Docteur Gilbert RAYMONDAUD,

Professeur d'histologie — Directeur de l'Ecole de Médecine
Externat 1898-1899.

M. le Docteur Louis BLEYNIE,

Professeur de clinique obstétricale.

M. le Docteur RAYMOND,

Professeur de médecine opératoire.

M. le Docteur DONNET,

Professeur suppléant de clinique chirurgicale
Chef des travaux anatomiques.

M. le Docteur BOULLAND,

Internat 1899-1900.

M. le Docteur PÉRIGORD,

Internat 1899-1900.

MM. les Docteurs BOURGUIGNON, CUBERTAFON, DESCAZALS, VOUZELLE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat.

M. le Docteur BROCQ.
Externat 1902.

M. le Professeur agrégé SCHWARTZ.
Externat 1902-1903.

M. le Docteur MERKLEN (*In memoriam*).
Externat 1903-1904.

Internat.

M. le Docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
Internat 1904-1905.

M. le Professeur KIRMISSON.
Internat 1905-1906.

M. le Professeur TERRIER.
Internat 1906-1907.

M. le Professeur agrégé BONNAIRE.
Internat 1907.

M. le Professeur agrégé Gilbert BALLET.
M. le Professeur agrégé GOSSET.
M. le Professeur agrégé RIEFFEL.
M. le Docteur DOLÉRIS.
M. le Docteur TISSIER.
M. le Docteur MICHON.
M. le Docteur RICHE.
M. le Professeur agrégé JEANNIN.
M. le Docteur ALGLAVE.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

La question de la grossesse extra-utérine ne cesse pas de présenter un vif intérêt. Depuis 15 ans de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet et si l'on est assez d'accord sur les symptômes, le diagnostic et le traitement, l'anatomie pathologique et l'étiologie en sont encore controversés. Il est reconnu actuellement par tous les chirurgiens que la grossesse extra-utérine dûment diagnostiquée, suivant l'expression de Pinard, doit être opérée. Or, au fur et à mesure que les cas d'intervention se sont multipliés, on a vu que chez une même femme ayant subi une castration unilatérale pour gestation ectopique, pouvait se développer une seconde grossesse anormale. C'est cette question de la répétition des grossesses extra-utérines que nous voulons étudier ici et en particulier les deux chapitres les moins précisés qu'elle comporte : l'étiologie et le traitement.

La grossesse extra-utérine est une affection assez fréquente étant donné le nombre des cas que l'on publie en tous lieux, mais cette proportion est très relative comparée à celle des grossesses normales. Il semblerait donc au premier abord qu'une femme, après une première grossesse anormale, puisse penser avoir payé sa

part à la fatalité et n'avoir jamais de récidive. Il n'en est rien cependant et il est bien démontré à l'heure actuelle que les cas de récidive ectopique sont loin d'être exceptionnels.

Depuis l'appel fait aux observateurs par Varnier en 1900, les observations se sont multipliées, mais malgré les travaux faits à ce sujet il reste encore des points controversés.

On doit se demander, en effet, s'il existe des facteurs constants qui interviennent dans la production d'une double ectopie et quels sont ces facteurs. Existe-t-il en somme une condition prédisposante, toujours la même sinon dans tous les cas de grossesse extra-utérine, du moins chez la même femme ou ne peut-on expliquer la récidive que par un hasard qui réunit sur un même sujet des causes variées. Etudier ce point nous amène évidemment en apparence à sortir du cadre strict de la récidive, mais nous ne pourrons connaître les conditions de production de celle-ci qu'en passant en revue les différentes théories de la greffe extra-utérine.

Cette étude doit d'ailleurs nous mener à des considérations thérapeutiques spéciales : à supposer que nous trouvions, lors d'une intervention, des dispositions ou des lésions des organes génitaux telles que nous y trouvions la cause habituelle de la grossesse extra-utérine, devrons-nous alors parer à cette récidive et faire la castration totale ?

C'était là une question analogue que posait Varnier en 1900 à ses collègues de la *Société d'Obstétrique* (1) et

(1) *Société d'Obstétrique de gynécologie et de pédiatrie.* (Séance du 5 octobre 1900).

nous ne pouvons mieux faire que citer ici textuellement ses paroles : « Etant donnée la fréquence de la récidive, n'y a-t-il pas lieu, lors d'une première cœliotomie pour grossesse ectopique, de songer à un traitement prophylactique, par exemple à l'examen et à l'extirpation des annexes du côté opposé lorsqu'elles sont jugées aptes à la récidive.

Cette question du traitement préventif n'est pas le point le moins intéressant de la question de la récidive. Nous avons déjà dit que l'intervention opératoire ralliait tous les suffrages, mais où les divergences commencent, c'est dans les modes d'application.

L'étude des lésions macroscopiques et microscopiques que l'on trouve lors d'une première intervention ou d'une deuxième, viendra peut-être nous apporter quelques éclaircissements ou des données nouvelles étiologiques. Qu'il y ait eu opération après la première ectopie et que l'on ait constaté des lésions annexielles : adhérences, torsions, inflammation ou malformation congénitale, qu'il n'y ait eu qu'un traitement palliatif et que fœtus, trompe, hématocèle, ou annexes opposées aient subi des modifications multiples, voilà peut-être où nous trouverons le motif de la répétition après comparaison des observations. A un autre point de vue nous devrons nous demander si la récidive n'imprime pas une allure différente à l'affection qui nous occupe : loin de nous la pensée de refaire tout le tableau de la grossesse extra-utérine, mais nous avons à nous demander si la deuxième grossesse évolue comme la précédente ou si elle est en général plus grave ou plus bénigne. C'est surtout dans les cas où des lésions persistantes de la grossesse ectopique antérieure, ou des

lésions voisines concomitantes pourraient faire errer le dignostic, que nous aurons à rechercher les signes capitaux de l'ectopie.

Nous ne pouvons prétendre à trancher tous les points que nous nous proposons ici de débattre. D'une part, les idées opposées des différents auteurs, d'autre part, la pauvreté habituelle des observations en renseignements anatomo-pathologiques précis nous en empêcheraient. Mais nous devons ajouter aussi que la tâche est encore au-dessus de nos forces et nous avons surtout, dans cette étude, voulu nous efforcer d'extraire des travaux récents et des observations anciennes et nouvelles ce qui nous a paru se rapprocher le plus d'une juste opinion.

Nous comprendrons sous le nom de grossesses répétées non seulement celles qui surviennent après une première ablation des annexes mais encore celles où l'intervention pratiquée après la deuxième atteinte permet d'enlever en même temps les deux poches fœtales. Presque toutes les grossesses extra-utérines bilatérales ne sont en somme que des grossesses répétées dont la première a été tolérée jusqu'au développement de la seconde.

HISTORIQUE

Le premier mémoire paru sur la question de la récidive de la grossesse extra-utérine est celui de Puech en 1879, dans la *Gazette obstétricale*. Avant ce travail on ne trouve que des observations isolées, souvent obscures et sans confirmation certaine, ayant surtout un intérêt historique. La première en date après élimination de celle d'Abulcasis faite à juste titre par Varnier, est celle dite de Jacques Noier en 1591, rapportée par Etienne Maniaud, médecin bordelais. Puis viennent successivement :

Celle de Robert Nicaud.....	1644
Celle de Gabriel King.....	1742
Celle de Galiay.....	1837
Celle de Brown.....	1850

Postérieurement au mémoire de Puech paraissent successivement la thèse de Schuhl (1883), les travaux d'Olshausen (1890), de Meyer en 1891, de Martial Roquet, inspiré par Boileux (1892). L'année suivante, à propos d'une observation personnelle, Karl Abel, dans un important mémoire, signale certains cas de grossesses normales intra-utérines intermédiaires à deux grossesses ectopiques et donne comme motif à celles-ci les anomalies con-

génitales de trajet et de direction de la trompe : comme conclusion de la bilatéralité de la lésion, il conseille d'examiner avec soin la trompe du côté opposé afin de l'enlever au besoin. Puis viennent en 1897 les exposés de cas nouveaux de Toïvo Forströmm, de Zangemeister, de A. Lindeblom. Le 5 octobre 1900, M. Varnier apporte à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, une observation de récidive de grossesse ectopique et le résumé des recherches qu'il a faites jusqu'à ce jour sur ce sujet peu fréquenté ». En tout il trouve 63 cas bien authentiques à cette époque.

A la suite de son rapport où sont déjà posées les questions de l'étiologie et du traitement préventif et après la discussion à laquelle donnèrent lieu ces points dans la Société, les observations paraissent se multiplier. Pestalozza, de Florence, présente au Congrès de la *Société italienne d'obstétrique et de gynécologie de Naples* (octobre 1900) une note sur la grossesse extra-utérine répétée. Sens et Harel publient à leur tour, l'un les 63 cas de Varnier, l'autre 35 cas nouveaux. Puis viennent successivement les cas de Lejars au Congrès de l'Association française de chirurgie de 1904, la revue de Jayle et Nandrot sur les grossesses ectopiques bilatérales. Depuis 1901, de nombreuses observations ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger et surtout en Amérique, mais aucun travail d'ensemble n'a été fait sur la question. Il faut bien le dire, malgré les nombreux travaux sur la grossesse extra-utérine simple, il n'y a rien de définitif et l'accord n'est pas fait sur l'étiologie, l'anatomie patho-

logique de cette affection. Or, résoudre la question étiologique serait évidemment solutionner en grande partie la question du traitement :

Nous ne pouvons faire ici toute la bibliographie de la grossesse ectopique ; rappelons seulement la thèse de Tainturier (1895), sur les grossesses extra-utérines dans les trompes saines, le travail de Henrotin et Herzog. (Anomalies du canal de Müller comme cause de l'ectopie), la thèse de Funck Brentano sur les grossesses-utérines survenant après la grossesse extra-utérine, l'étude de Stepkowski sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Enfin les discussions diverses sur le traitement, sur l'opportunité de la castration bilatérale.

Nous avons trouvé au cours de nos recherches nombre d'observations trop résumées ou seulement indiquées dans les différentes publications. Nous n'avons pas cru devoir les signaler, faute de pouvoir les publier intégralement. Quant à celles que nous rapportons, un certain nombre nous sont personnelles et n'ont pas encore été publiées. D'autres l'ont été déjà dans des thèses précédentes et si nous les reproduisons ici c'est qu'elles nous ont été utiles pour apprécier certaines opinions. Mais le plus grand nombre sont des observations éparses dans la littérature, que nous avons recueillies ou traduites en remontant à la source.

ETIOLOGIE

Les facteurs de la récidive sont de même nature que ceux de la première attaque et, partant, ne sont pas mieux connus. Vouloir étudier les uns revient donc à étudier les causes de la grossesse extra-utérine en général, mais en insistant cependant sur la présence de lésions ou de dispositions bilatérales qui puissent expliquer la répétition.

Dans son article du *Dictionnaire de médecine et chirurgie*, Stoltz résume l'étiologie en disant : « Tout ce qui peut troubler la marche naturelle de l'ovule fécondé depuis l'ovaire jusque dans la cavité de l'utérus, peut devenir cause de grossesse extra-utérine. Nous avons donc à suivre pas à pas la marche de l'ovule depuis la déhiscence de la vésicule de de Graaff, jusqu'au passage dans l'ostium uterinum, et à voir ce qui peut le gêner dans sa marche vers la cavité utérine ou le solliciter à une implantation ectopique.

Dans cette migration de l'ovule, deux hypothèses sont possibles : ou bien les spermatozoïdes normalement fécondent l'œuf dans son passage à travers la trompe ou bien ils ne traversent que la trompe malade : c'est là la théorie de la fécondation de Lawson Tait. Mais les physiologistes (Bischoff, Coste, Gerbe, etc.), ont bien

(1) Stoltz : *Dict. de méd. et de chirurgie.* Art. Gross. extra-utérine, p. 108, t. XVII.

démontré par leurs expériences que les phénomènes intimes de la fécondation s'accomplissaient dans la trompe et jusque dans l'ovaire. Donc le spermatozoïde normalement peut franchir le détroit et remonter à la rencontre de l'ovule malgré les cils vibratiles de l'oviducte. Ceci nous explique que nous ne trouverons pas seulement un ovule, arrêté dans sa migration *mécaniquement*, qui sera fécondé *in situ*, mais plus souvent un œuf prêt à se fixer dès qu'il trouvera des tissus disposés à le recevoir. Cette notion nous amène à concevoir une muqueuse tubaire susceptible de recueillir et de fixer l'œuf. Nous aurons donc à envisager aussi les modifications de cette muqueuse.

L'ovule fécondé peut se greffer pour son développement en divers points de son parcours et constituer ainsi autant de variétés de grossesse.

1° L'ovule fécondé à travers l'orifice d'éclosion de la vésicule de de Graaf reste dans l'ovaire ou à sa surface et produit une grossesse ovarique. C'est là une variété extrêmement rare ;

2° Fécondé, l'œuf tombe de l'ovaire dans le péritoine, en général dans la cavité de Douglas. C'est la grossesse abdominale exceptionnellement primitive ;

3° En passant de l'ovaire dans la trompe, l'ovule s'arrête au niveau du pavillon et forme en ce point le kyste fœtal, on a une grossesse tubo-ovarique et le cas est assez fréquent ;

4° Enfin l'ovule pénètre dans la trompe, et il peut s'implanter dans ses différents segments. C'est là la variété la plus fréquente : celle sur laquelle portent presque toutes les discussions.

A propos de chacun de ces sièges nous pourrions considérer les causes invoquées pour expliquer la fixation de l'œuf. Comme certaines de celles-ci sont communes à plusieurs variétés, il nous paraît préférable d'adopter la division de MM. Tarnier et Budin.

1° Causes qui se rattachent au phénomène de la migration de l'ovule ;

2° Causes résultant d'une modification de l'état normal des trompes ;

3° Causes qui tiennent à un état particulier de l'utérus.

1° Causes qui se rattachent au phénomène de la migration de l'ovule. — Très simplement on peut admettre qu'une déchirure insuffisante de la vésicule de de Graaf ne permet pas à l'ovule d'être entraîné par le courant séreux physiologique : sa fécondation a lieu sur l'ovaire. La fixation sur cet organe serait d'ailleurs facilitée d'après Strassmann (1) par l'état pathologique de l'œuf. Sur 37 cas de grossesse extra-utérine, Stepkowski note 11 fois un processus inflammatoire chronique des ovaires (hydropisie folliculaire, ovarite corticale). Cette fréquence milite en faveur de l'idée émise par Strassmann, que les ovaires malades produisent des œufs malades, augmentés de volume, ayant subi des changements dans leur membrane granuleuse et prédisposés à se fixer de bonne heure.

D'autre part, les cils vibratiles décrits sur le ligament tubo-ovarique par Waldeyer, produisent normalement sur les franges du pavillon une sorte de courant séreux se dirigeant vers l'ostium abdominal qui doit entraîner

(1) Strassmann. *Berlin. Klinische Wochens.*, 1897, p. 36.

les ovules vers l'oviducte. Or, si à la suite d'inflammations pelviennes anciennes, ce courant est aboli, l'ovule n'est pas entraîné dans l'ouverture de la trompe dont le pavillon est plus ou moins déplacé par des adhérences. L'œuf fécondé peut choir dans la cavité péritonéale ou rester à la surface de l'ovaire.

Enfin, troisième hypothèse, le courant séreux dont nous avons parlé serait assez intense pour certains auteurs, surtout au moment de la ponte ovulaire pour entraîner à distance les particules solides voisines. Schrœder, Rokitansky, Weber, Luschka, expliquent ainsi la migration externe de l'ovule, c'est-à-dire la possibilité pour lui de cheminer d'un ovaire à la trompe du côté opposé. Cette erreur de lieu et ce retard de la migration peuvent faire errer l'ovule qui n'arrive pas au pavillon opposé ou qui, trop avancé dans son développement, ne pourra plus passer.

Mais déjà à cette hypothèse on peut faire une objection capitale : si l'ectopie après migration externe est possible dans une première attaque, elle devient impossible à la deuxième après castration unilatérale. Cette étiologie ne pourrait donc être qu'exceptionnelle dans le cas où il n'y aurait pas eu d'intervention. Nous rapportons une observation expérimentale de Bruzzi pour montrer l'existence de cette migration externe.

En résumé, nous voyons que rien de précis ne peut être établi sur la pathogénie de l'ectopie avant la pénétration dans l'oviducte : les phénomènes physiologiques eux-mêmes n'étant pas précisés définitivement.

(1) Bruzzi. Thèse Milan, 1884 in thèse Tainturier, p. 29.

2° Causes résultant d'une modification de l'état normal des trompes. — Ces causes sont toutes celles qui opposent un obstacle quelconque à la migration de l'œuf vers l'utérus. L'obstruction complète de la trompe empêcherait sa fécondation : il faut donc que le passage soit libre jusqu'à un certain point afin que le spermatozoïde puisse arriver à l'ovule, mais il peut ne pas l'être assez pour le passage de l'ovule fécondé dans la matrice. C'est donc à tort qu'on a considéré l'imperforation des trompes, leur oblitération par d'anciennes inflammations adhésives, par des bouchons de mucosités comme cause de grossesse anormale : il faut toujours qu'il y ait une lumière suffisante pour l'élément mâle.

Les causes de gêne à la progression ovulaire normale peuvent se diviser en causes mécaniques et causes dynamiques.

Logiquement, les causes mécaniques devaient être incriminées les premières parce que les plus simples. Mais, dans le cas qui nous occupe, elles doivent pouvoir être bilatérales afin d'expliquer la récidive, quoique on puisse observer la répétition dans la même trompe, en certains cas.

Les anomalies congénitales dues à un défaut ou à un vice de développement du canal de Müller sont relativement rares : les grossesses ectopiques peuvent se développer, soit dans une pavillon accessoire, soit dans un diverticule de la trompe : ces deux organes étant indiscutablement dûs à des anomalies de la période embryonnaire, et non à un processus pathologique tardif.

La disposition des pavillons accessoires est très variable : un paquet de franges séparé d'un autre par un point resserré en collet peut former un pavillon ; on

trouve aussi des pertuis situés à des distances variables de l'ostium vrai, et possédant un orifice à muqueuse plissée : on peut encore rencontrer de petits appendices insérés sur la surface externe de la trompe et présentant des franges à leur extrémité libre. En règle générale, ces conduits ne communiquent pas avec la trompe : l'ovule fécondé se loge donc dès le début dans ces pavillons et s'y développe.

Rares aussi sont les diverticules des parois tubaires. Les travaux très complets de Ballantyne et Williams (1) semblent démontrer cette rareté : sur 110 examens des deux trompes, ces auteurs n'en signalent pas un exemple. Des coupes en série faites par différents auteurs ont cependant montré leur existence certaine et leur origine mullérienne : soit que le canal de Müller, au lieu de rester unique, donne naissance à une branche secondaire, soit qu'il ait subi une division dichotomique.

Ces dispositions anatomiques ne peuvent donc, en résumé, de par leur peu de fréquence suffire à expliquer tous les cas d'ectopie.

Toutes les *tumeurs pelviennes* sont susceptibles, par compression, de modifier le calibre et la direction des trompes : les polypes intra-tubaires peuvent également gêner la marche dans l'œuf dans l'oviducte, mais pour envisager ces facteurs il les faudrait voir constamment. Possibles dans certains cas, ils ne se trouvent que rarement indiqués dans les observations. D'autre part, cette pathogénie ne suffit pas à expliquer la récidive ; il faudrait admettre d'abord la bilatéralité des polypes d'une part

(1) *Bristish Med. Journ.*, 1891, p. 107.

ou de l'autre admettre une tumeur portant son action sur les deux côtés du bassin, tumeur assez volumineuse par conséquent pour ne pas passer inaperçue ; il est donc presque certain qu'à la première attaque elle serait enlevée et la question resterait pendante pour la deuxième fois. Nous verrons si ces causes, qui sont possibles quoique exceptionnelles, n'agissent pas plutôt par des modifications intrinsèques des trompes, susceptibles de se développer et de persister.

Plus important est le rôle dévolu à la paramétrite et en général à toutes les lésions inflammatoires suceptibles de se développer dans le petit bassin. Hartmann invoquait déjà cette pathogénie au sujet de la malade présentée par Varnier en 1900. « Si la malade dont M. Varnier vient de vous relater l'histoire a eu une récidive de grossesse tubaire du côté opposé, cela tient peut-être à ce que dans ce cas les adhérences extérieures de la trompe conservée ont été plus considérables que chez une autre, parce qu'après l'opération que j'ai pratiquée, elle a eu un peu d'infection le long du trajet du drain et une poussée de pelvi-péritonite plastique. A ceux qui objecteraient à cette hypothèse qu'on n'observe pas de grossesse tubaire après les ablations unilatérales pour annexites, je répondrai que les cas ne sont pas similaires, que dans les ablations unilatérales il s'agit soit d'ovaires kystiques, cas où il n'y a pas d'adhérences péritubaires du côté opposé, soit de salpingo-ovarites vraies, cas où la fécondation tubaire ne peut pas se faire par suite de l'existence de lésions de la muqueuse du côté conservé ; les lésions de cet ordre étant toujours bilatérales ».

On comprend évidemment que des lésions inflamma-

toires diffuses puissent provoquer dans les deux annexes des modifications de forme, de direction (brides, coudures, torsion), telles que la lumière intérieure du tube en soit très modifiée, ou que les rapports de voisinage et de connexion de l'ovaire et de la trompe soient changés suffisamment. Ces lésions existent dans nombre d'observations mais pour les uns elles sont causes, pour d'autres elles sont l'effet de la grossesse ectopique et des modifications survenues après la rupture.

Or, si d'une façon évidente il peut rester des traces d'une hématocèle organisée et transformée simulant la pelvi-péritonite, le plus souvent les lésions inflammatoires sont antérieures à la gestation et en rapport avec une salpingite, une poussée de métrite, etc.... dont l'histoire clinique est nette. La fréquence des lésions annexielles chez les femmes en serait une preuve suffisante.

Duhrsen (1), sur 35 cas observés, trouve une proportion de 68,5 de lésions inflammatoires des annexes, mais dans ce nombre interviennent non seulement les lésions externes mais les salpingites plus ou moins intenses.

Jayle et Nandrot citent l'exemple suivant : « Une femme eut plusieurs grossesses ; à la suite de sa dernière grossesse normale elle ressentit des poussées péritoniques dans le petit bassin ; redevenue enceinte elle a fait une grossesse tubaire.

Sur 37 femmes opérées par Neugebauer on a noté 11 fois de la pelvi-péritonite de la péri-métrite et de la péri-ovarite.

(1) Duhrsen. *Arch. für Gynœkologie*, Bd. LIV.

Malheureusement, en général, les observations présentent peu de renseignements précis sur les lésions des annexes non gravides. Seul, un examen soigneux au cours de la laparotomie commandée par la première grossesse ectopique pourrait nous montrer la fréquence et l'influence de ces lésions inflammatoires péritubaires.

Si nous essayons cependant de reprendre un certain nombre d'observations où ces modifications anatomo-pathologiques sont indiquées, nous avons les résultats suivants : sur vingt observations où nous avons pu trouver des renseignements sur les lésions des annexes opposées, nous trouvons 14 cas où les annexes sont indiquées comme très saines macroscopiquement. Dans les 6 autres cas nous trouvons des annexes adhérant solidement (Obs. Dawson, n° 11 ; — Obs. Cohn, 2e cas, nos 13, 38, 42 ; — Obs. Th. Sens, n° 12 ; — Obs. Neugebauer, n° 13, où des annexes tordues après poussées d'endo et périmétrite. La proportion des cas où il n'y a pas de lésions macroscopiques des organes génitaux serait donc d'environ 70 °/₀.

Mais en dehors du peu de fréquence de ces grosses lésions externes, il nous faut remarquer aussi que ces adhérences sont susceptibles de régression : Entre les deux grossesses ectopiques il n'est pas rare de noter une période étendue durant laquelle la femme est stérile : cette période, qui peut varier de 12 mois à 8 ans, permet donc aux lésions inflammatoires de régresser. Cette guérison relative est chose certaine. Fraipont, de Liège, relatant 12 observations personnelles de grossesse après salpingo-ovarite, les fait précéder des considé-

(1) Neugebauer in Stepkowski. *Revue de gynéc. chir. abd.*, 1901, p. 13.

rations suivantes : « Moi-même, j'ai acquis la conviction que les inflammations péri-utérines céderaient le plus souvent à une thérapeutique conservatrice, et que les cas où on devait en arriver à la suppression des trompes et des ovaires — ou de l'utérus — constituaient certainement l'exception. Ce n'est pas seulement la disparition des exsudats et des tumeurs inflammatoires pelviennes, avec les douleurs qui les accompagnent, que j'ai observée, mais le rétablissement fonctionnel complet des organes génitaux jusques et y compris la fécondation et l'accouchement à terme. »

Pour Virchow et Hecker, la stérilité qu'on trouve pendant quelque temps avant la « grossesse extra-utérine est le résultat de la péritonite partielle, mais pour ces auteurs, Olshausen, Wyder et bien d'autres, la voie peut redevenir libre et la fécondation se produire.

Nous voyons donc en résumé que non seulement ces inflammations pelviennes, para-métrite, péri-salpingite, exsudats inflammatoires organisés de toute origine sont peu fréquemment constatés avant la récidive, mais encore qu'ils sont susceptibles d'avoir disparu totalement quand on opère la 2e grossesse ectopique. Nous en prendrons comme dernier exemple l'observation de Dawson nº 11.

Les lésions mécaniques : congénitales ou acquises, ne suffisent donc pas à expliquer la greffe ectopique et surtout la bilatéralité.

Déjà Mandl et Schmidt, sachant que la grossesse ectopique se rencontre chez les animaux, ont fait des expériences sur les lapins pour savoir si les obstacles mécaniques s'opposant au passage de l'œuf fécondé étaient suffisants pour produire la grossesse ectopique. Ils avaient

lié la partie utérine de la trompe dans laquelle se trouvait l'œuf fécondé et de cette manière ils avaient créé les mêmes conditions que celle qu'on croit rencontrer dans la grossesse extra-utérine. Cependant, ils ne l'ont jamais obtenue, mais dans ces cas, la grossesse utérine ne s'est pas produite. Après avoir tué les lapins, ils n'ont pas trouvé de changements visibles dans la muqueuse tubaire. Pour se convaincre que les œufs fécondés étaient dans les trompes, ils avaient lié la trompe d'un côté et ils ont pu s'assurer que le côté lié était vide, tandis que du côté opposé se trouvaient les petits, au nombre de 2, 3, 4, etc.

Il est visible alors que l'obstacle mécanique ne suffit pas pour provoquer la grossesse ectopique.

Küstner fit également des expériences sur les animaux : il extirpa l'ovaire d'un côté et enleva la trompe du côté opposé. Dans ces expériences, jamais il ne se produisit de grossesse extra-utérine. Il faut donc autre chose que des obstacles mécaniques.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes pas occupés des lésions intrinsèques des trompes, des modifications de la muqueuse. Y aurait-il à ce niveau des conditions spéciales, ataviques ou acquises, favorisant la greffe extra-utérine. Nous disons ataviques, car pour certains auteurs la grossesse ectopique n'est qu'un phénomène de dégénérescence, un retour à la disposition normale d'animaux inférieurs.

Webster (1), d'après ses recherches histologiques et les théories phylogéniques, reconnaît que la grossesse

(1) Webster. *De la grossesse extra-utérine*, Berlin, 1894.

extra-utérine est un symptôme de dégénérescence, c'est-à-dire que la caduque qui ordinairement se développe dans la matrice, peut, dans ce cas, aussi se produire dans la trompe. D'après cette théorie, l'œuf peut se développer seulement dans les trompes qui ont cette réaction génétique.

En admettant cette opinion, la répétition de la grossesse extra-utérine chez la même femme serait très compréhensible : car, si la muqueuse d'une des trompes possède la faculté de fixer un œuf fécondé, il est infiniment probable que l'autre possèdera la même faculté. Cette pathogénie, très acceptable en tant qu'elle explique la répétition, souffre cependant une objection capitale. On ne conçoit pas pourquoi chez une femme qui a eu une ou plusieurs grossesses normales avant la grossesse extra-utérine, chez une femme qui aura peut-être ensuite des grossesses normales, la muqueuse aurait soudainement des propriétés particulières, héréditaires et latentes. Si, à la rigueur, cette pathogénie a pu être invoquée chez des sujets à développement insuffisant des organes génitaux (orphelines survivant seules de plusieurs enfants citées par Stepkowski (1) elle n'est pas applicable à la majorité des femmes normales dont ce serait la seule tare atavique.

Enfin, il est à remarquer que chez les animaux à canal génital prolongé où il n'y a aucune différence entre l'oviducte et la cavité utérine, la muqueuse présente partout les mêmes caractères : quand il y a un œuf dans une des cornes, la caduque existe dans les deux. Chez

(1) Stepkowski. *Loc. cit.*

la femme, au contraire, si la caduque se produit au niveau du point d'implantation de l'œuf ectopié, elle ne se produit jamais du côté opposé. L'atavisme ne serait donc que partiel.

Nous devons retenir de cette discussion cependant une notion : à savoir que la muqueuse doit intervenir dans la fixation de l'œuf. Normalement, la grossesse étant utérine, l'œuf glisse sur la paroi tubaire. Quelle doit être la cause *sensibilisatrice*, en quelque sorte, de la muqueuse. Disons tout de suite que cette cause ne peut être constante puisque la grossesse ectopique ne se répète pas fatalement dès qu'elle a eu lieu une fois.

Si nous considérons les conditions dans lesquelles surviennent chez certaines femmes les gestations ectopiques, nous les distinguerons de trois sortes : l'âge, la parité, les antécédents génitaux.

Age. — D'après les statistiques, la grossesse extra-utérine paraît s'observer le plus souvent chez des femmes d'âge moyen, très rarement avant 20 ans. Il ressort de la statistique de Jacobs (2) que la grossesse tubaire serait la plus fréquente de 30 à 35 ans, puis de 25 à 30, puis de 35 à 40. Comparativement, nous publions les résultats de Jacobs sur les 12 cas observés par lui, et ceux de Neugebauer, au nombre de 37.

Jacobs sur 82 cas.	De 20 à 25 ans	8 cas.	Neugebauer sur 37 cas.	De 20 à 25 ans	5 cas.
	25 à 30 —	19 —		25 à 30 —	3 —
	30 à 35 —	37 —		30 à 35 —	7 —
	35 à 40 —	16 —		35 à 40 —	9 —
	40 à 45 —	2 —		40 à 45 —	2 —

(2) Jacobs. *Ann. gyn.*, oct. 1903.

Ces chiffres sont intéressants en ce qu'ils montrent que presque toujours on est en présence de femmes dont l'âge avancé dans la vie génitale comporte une chance de plus d'altération.

Parité. — *L'appareil génital.* — Le plus grand nombre sont des multipares. Sur les 82 cas de Jacobs, 56 l'étaient, 26 étaient nullipares. Sur 129 cas étudiés par Tainturier, 94 sont multipares. Ce facteur de la multiparité nous amène à en concevoir un nouveau. On sait combien l'infection post-puerpérale est fréquente : nous ne parlons pas ici des infections graves, à allure septicémique, mais des infections légères, fréquentes et souvent méconnues. Nous avons consulté plusieurs statistiques : toutes s'accordent à trouver les deux tiers des cas comme ayant présenté des lésions inflammatoires : métrite post-puerpérale, annexite légère, accidents indéterminés d'infection banale des voies génitales. Cette proportion est difficile à déterminer, sans compter que les antécédents ne sont souvent pas notés au cours des observations. Souvent aussi une infection légère a pu passer inaperçue de la malade : souvent en clinique nous rencontrons des lésions très anciennes des annexes chez des femmes qui ne savent préciser le début de leurs accidents.

Ces infections latentes se traduisent souvent par un symptôme qui vaut d'être recherché : la stérilité temporaire. Qu'il s'agisse, comme nous l'avons déjà vu, de para-métrite, d'adhérences péri-annexielles, ou au contraire de salpingites catarrhales, toutes ces lésions sont susceptibles de rentrer dans l'ordre : les voies génitales

redeviennent perméables et la fécondation peut avoir lieu. C'est à ce moment que l'on voit apparaître souvent, d'une manière plus ou moins brutale, les accidents qui relèvent de la grossesse ectopique. Le tableau suivant donne chez 32 femmes le temps écoulé depuis le dernier accouchement :

4 mois	1 fois.
7 mois	1 —
1 an	3 —
1 an 1/2	3 —
2 ans	8 —
3 ans	1 —
4 ans	4 —
5 ans	3 —
7 ans	4 —
8 ans	1 —
10 ans	1 —
14 ans	1 —
15 ans	1 —

La réunion de ces 3 facteurs : âge, parité, antécédents, nous amène à considérer la salpingite comme la lésion la plus fréquente que nous ayons encore trouvé au niveau des organes génitaux, dans le sujet qui nous occupe. Cette lésion est presque toujours bilatérale et l'on peut concevoir que le degré de la lésion soit le même dans les 2 trompes, sinon au même moment, du moins au cours de l'évolution de la lésion. Il reste à savoir si les modifications intrinsèques de la muqueuse vont permettre l'arrêt et la fixation de l'œuf. Nous avons déjà vu que pour certains auteurs la muqueuse devait reproduire une disposition atavique. Pour Lawson Tait

ce qui la reproduit c'est « la desquamation épithéliale de la trompe amenant la chute des cils, la transformation des franges effilées de la trompe en bourgeons charnus. La salpingite desquamative prépare le terrain sur lequel l'œuf, arrêté dans sa migration, va se développer, de même que la muqueuse utérine est modifiée à l'avance pour recevoir l'ovule fécondé. Nombreux sont les auteurs qui, à la suite de Lawson Tait ont fait jouer un rôle à la lésion muqueuse salpingienne. Veil pense que dans la salpingite le boursouflement muqueux réduit la lumière de la trompe à son minimum et que le catarrhe le plus léger peut amener des troubles dans la fonction des cils vibratiles. Pour Tainturier, l'œuf fécondé ectopié ne se développe qu'autant qu'un processus antérieur a amené une modification vasculaire et épithéliale dans les tissus sur lesquels il est mécaniquement arrêté. « Les conditions ne sont-elles pas, sur ces organes vascularisés par l'inflammation et soumis de plus aux poussées congestives menstruelles, plus favorables que sur l'épithélium sain d'une trompe ou l'endothélium non lésé d'un cul-de-sac ou d'un repli péritonéal. »

Ces derniers sont, à l'état sain, comme les tissus sous-jacents, remarquables par leur pauvreté vasculaire, surtout si nous les comparons à l'utérus : aussi on ne comprend guère comment l'œuf, arrêté par un mécanisme quelconque, y provoquerait, comme nous le disions plus haut, une néoformation de vaisseaux extraordinairement active. Au bout de quelques jours, en effet, cet œuf qui jusque-là ne vivait que par imbibition des liquides tubaires, entre rapidement en dégénérescence granuleuse et disparaît s'il n'est point fixé. »

Sans parler de son développement, on conçoit que l'ovule soit facilement arrêté dans ce tube, perméable évidemment, mais présentant des villosités développées, des bourgeons charnus et vasculaires, souvent même des coudures. Pozzi décrit ainsi l'aspect de la salpingite catarrhale légère : « l'agglutination des franges ne va pas jusqu'à l'oblitération complète comme dans les lésions chroniques. Cette perméabilité du pavillon est à mon sens pathognomonique de l'inflammation simplement catarrhale, c'est-à-dire superficielle et curable, ne nécessitant pas fatalement l'extirpation... La surface de la trompe est rose, le pavillon d'une teinte plus vive. A la coupe on voit la cavité pleine de replis normaux hypertrophiés, de couleur gris rosé ou argenté qui lui donne un aspect végétant... Les plis sont couverts de bourgeons revêtant de nouvelles formations... Beaucoup s'anastomosent en arcade à leur extrémité interne, ce qui donne à la coupe un aspect réticulé.

N'est-ce pas là, ou à un degré moindre encore, lésions suffisantes pour justifier l'arrêt de l'ovule à un moment précis, alors que la muqueuse tubaire hypertrophiée joue le rôle de caduque vasculaire.

Il paraît étrange de faire jouer ce rôle favorable à la muqueuse tubaire enflammée alors que l'on considère la métrite comme défavorable, et différents auteurs n'ont pas manqué de rechercher les preuves de la nécessité d'une muqueuse saine. Paquy, dans sa thèse de 1897, sans chercher d'ailleurs à éclaircir la pathogénie de l'ectopie, s'efforce de montrer que l'œuf qui se développe exige l'intégrité de la muqueuse : il s'appuie d'une part sur l'absence d'antécédents infectieux chez les femmes

présentant une grossesse extra-utérine, d'autre part sur des examens anatomo-pathologiques des trompes faites au cours de la gestation. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la fréquence de l'infection génitale chez la femme en général, en particulier chez la multipare. Quant aux lésions microscopiques nous ne pouvons mieux faire que de citer un fragment du travail de Cornil (1) sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire :

« Examinons d'abord la trompe hypertrophiée au voisinage du kyste fœtal, autour du lieu d'insertion du placenta. La cavité de la trompe est agrandie au point qu'elle mesure environ un centimètre ; sa paroi est épaisse et très vascularisée. Sur des coupes transversales examinées à un faible grossissement, elle présente une hypertrophie et une formation nouvelle de plis et de végétations tellement nombreux qu'ils en remplissent toute la lumière. Ces végétations sont assez épaisses et parcourues par des vaisseaux à paroi mince, très dilatés, remplis de sang. Avec un plus fort grossissement, on reconnaît que ses végétations papillaires, arborisées, sont tapissées partout de cellules cylindriques longues, en palissade, pourvues de noyaux ovoïdes, toutes très régulièrement disposées en une seule couche, parfois en deux couches. Dans les enfoncements interpapillaires et dans le liquide qui les entoure, on voit des cellules de même nature, libres ou accumulées. C'est une lésion *semblable à celle de la salpingite catarrhale* la plus intense.

J'insiste sur cette particularité de leur structure parce

(1) Cornil. *Revue gynécol.*, 1900, p. 3.

qu'elle permet toujours de les distinguer des villosités placentaires dont nous donnerons bientôt la description.

Peut-être dans quelques cas, ces trompes étaient-elles ainsi contournées, sinueuses et enflammées chroniquement avant le début de la grossesse tubaire ; il est possible qu'elles aient constitué, par leur disposition anormale, un obstacle à la progression régulière de l'ovule jusqu'à l'utérus et favorisé la grossesse ectopique. Ce qui me le fait supposer, c'est que, dans deux grossesses tubaires récentes, remontant à trois semaines ou un mois, la trompe était maintenue ainsi pelotonnée par des adhérences fibreuses complètes et anciennes. »

Nous l'avons déjà dit : en parlant de salpingite et d'inflammation de la muqueuse, nous avons toujours en vue la lésion légère. Il est de toute évidence que les maladies graves, comme les suppurations tubaires, la tuberculose, s'opposent à la nidation de l'œuf. La perméabilité de la trompe est l'exception après les processus aigus. Cependant, certains faits observés semblent prouver qu'une trompe oblitérée peut redevenir perméable.

Goullioud (1), de Lyon, a rapporté plusieurs observations de collections tubaires, traitées par incisions vaginales et suivies de grossesse à plus ou moins longue échéance, et nous avons signalé déjà, au cours de cette étude, les relations de 12 cas de salpingo-ovarites suivies de grossesses (voir p. 22). Ces faits prouvent que non seulement les lésions peuvent disparaître, mais encore ne sont pas en opposition formelle avec le développement ultérieur d'une grossesse extra-utérine.

(1) Goullioud. *Ann. de gynéc.*, nov. 1891.

Ce qui fait qu'on ne rencontre pas plus fréquemment ces grossesses ectopiques, étant donné la préférence des lésions salpingiennes, c'est probablement qu'il y a souvent fermeture des trompes, ou chronicité de la lésion aboutissant à l'altération scléreuse et fibreuse des organes.

L'étude des observations de grossesse ectopique nous amène à considérer les cas dans lesquels sont survenus ultérieurement les grossesses normales.

En cherchant une pathogénie commune à tous les cas de grossesse ectopique, pathogénie de laquelle relèverait la récidive, nous avons constaté que les lésions mécaniques étaient insuffisantes à expliquer la répétition. Mais il y a plus, et l'on ne conçoit pas pourquoi, si cette étiologie répondait aux cas de récidive, pourquoi, lors d'une nouvelle fécondation, l'effet ne serait pas le même, la cause restant telle.

Une femme qui a présenté une grossesse extra-utérine non opérée ou chez laquelle fut faite seulement l'ablation de la trompe malade, serait donc presque irrémédiablement vouée à ne faire que des gestations ectopiques. Or, l'on sait qu'il peut survenir une grossesse normale après une ou deux grossesses extra-utérines. Dans sa thèse de 1898, Funck-Brentano en rapporte 127 cas. Sur 127 femmes, 93 avaient vu survenir la grossesse normale après une grossesse ectopique non opérée. 34, au contraire, avaient été opérées de la lésion unilatérale avant de revenir à l'évolution normale utérine. Il faut ajouter enfin que sur 127 femmes, il en est qui, depuis leur grossesse ectopique, ont eu plusieurs grossesses utérines, ce qui porte le nombre de grossesses consécutives à 188.

Bien plus intéressantes encore sont les observations où l'on constate une gestation utérine normale intercalée entre deux ectopiques. En voici un exemple :

Observation Strauch *(Rev. de gynèc. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899, cas n° 3). — Femme de 26 ans, a eu deux accouchements normaux, enfants vivants ; a fait quatre avortements dont un provoqué, le dernier il y a deux ans.

Le 12 avril 1894, extirpation d'une grossesse tubaire droite de quatre mois environ (volume d'un citron), rompue à sa face antérieure et environnée de caillots anciens. Elle avait eu ses dernières règles du 2 au 5 décembre 1893. 1re crise syncopale, le 5 février ; expulsion d'une caduque, le 18 février. On ne peut rien retrouver du fœtus mais on reconnaît très nettement les villosités du chorion. Convalescence compliquée de pneumonie gauche. Se lève au bout de 24 jours.

Le 16 juillet 1895, c'est-à-dire 15 mois après, elle accouchait d'un gros enfant.

Le 19 mai 1897, 22 mois après l'accouchement normal, 3 ans après la première ectopie, elle était opérée pour une grossesse tubaire gauche d'un mois et demi environ

Dernières règles, le 1er avril ; premiers accidents le 1er mai après un léger retard. Avortement tubaire. Laparotomie : extirpation de la trompe gauche avec l'ovaire : aucune adhérence. Dans le voisinage de l'orifice abdominal, le volume de la trompe augmente subitement et atteint le volume d'une noix. De gros caillots font saillie par l'orifice abdominal dans la cavité abdominale. Guérison.

Nous avons pu recueillir 5 observations analogues que nous rapportons plus loin (obs. nos 20 à 24).

De ces cas et de ceux rapportés par Funck-Brentano, nous pouvons conclure logiquement qu'il existe des conditions déterminantes de la grossesse extra-utérine, qui sont susceptibles de disparaître par instants pour

reparaître ensuite, ou qui s'amendent en certains cas. Nous voyons aussi après notre longue discussion sur l'existence de la salpingite dans les antécédents, que cette donnée étiologique est parfaitement raisonnable et peut être soutenue.

Si maintenant nous résumons les conditions exigées d'une pathogénie de la récidive, nous voyons que celle qui a pour base l'altération inflammatoire catarrhale des trompes, répond à ces exigences.

1° La bilatéralité habituelle, presque constante des lésions salpingiennes explique la possibilité de récidive dans la trompe opposée après castration unilatérale pour ectopie.

2° Les lésions de salpingite légère peuvent s'amender ou se développer. On assiste alors à l'évolution de grossesses normales, ou à la stérilité définitive.

Pour qui connaît aussi l'allure chronique avec poussées successives des salpingites, s'explique aussi la possibilité d'amélioration permettant la grossesse normale, qui s'intercale entre 2 poussées précédant les grossesses ectopiques antérieures et ultérieures.

3° Les lésions de la muqueuse ne se manifestent pas toujours à l'extérieur par de la péri-salpingite : il est donc peu surprenant que l'on puisse à l'opération considérer les annexes comme saines, alors que le microscope donne seul la clef de ses lésions.

Une telle modification de la muqueuse tubaire suffit-elle à elle seule pour provoquer l'arrêt de l'œuf et lui permettre de se développer. Des expériences de Mandl, Schmidt et Küstner, Stepkowski conclut qu'il faut la réunion de deux facteurs : 1° l'aptitude de la muqueuse

à l'incubation ; 2° l'existence d'une cause qui empêche ou paralyse la marche de l'œuf dans l'oviducte. Une de ces deux causes ne suffit pas. « De la sorte, nous pourrions nous expliquer pourquoi la grossesse extra-utérine chez les femmes qui n'ont jamais accouché, se trouve relativement si rare parce qu'il n'existe pas de cause de ralentissement du passage de l'œuf dans la trompe, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'état inflammatoire de la muqueuse tubaire. » La rareté de la grossesse ectopique chez les animaux pourrait également s'expliquer par l'absence d'inflammation des voies génitales. Malgré la réaction génétique des trompes, la grossesse peut se produire dans l'utérus, si l'œuf glisse vite dans la matrice. Ceci nous montre pourquoi, après la grossesse tubaire, la grossesse utérine ou la grossesse tubaire peuvent se produire ensemble.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En comparant les observations de grossesse récidivée, on voit que dans la plupart d'entre elles l'œuf ne peut continuer son évolution et est chassé de la trompe gravide, soit par une des extrémités, soit par la rupture du conduit. Souvent aussi on remarque que le point d'implantation de la deuxième grossesse est le même que celui de la première en même temps que dans ces deux cas la rupture ou l'avortement tubaire se font à la même date (Voir observations). Il existe donc une disposition spéciale des tissus de la trompe qui ne peuvent loger l'œuf développé ni pourvoir à son développement.

On peut concevoir la grossesse tubaire d'une façon très simple : l'œuf au centre, au milieu du liquide amniotique ; l'amnios, le chorion avec ses villosités placentaires qui, dans un ou plusieurs points, pénètrent largement dans la paroi tubaire ; à la périphérie de cette partie envahissante du placenta, une pseudo-caduque réfléchie venue de la trompe et qui forme l'enveloppe externe du placenta. Cette membrane adhère à la surface de la muqueuse tubaire très enflammée mais non détruite et l'on voit par place, à la surface externe de cette pseudo-caduque réfléchie, des fibres et cellules du tissu conjonctif enflammé qui paraissent appartenir à la muqueuse uté-

rine dépourvue de ces cellules épithéliales. Il faudrait ajouter encore les lésions inflammatoires de la muqueuse tubaire autour de la masse ovulaire : nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point. Ce que nous devons voir maintenant, ce sont les particularités et la fixation de l'œuf.

Existe-t-il dans la trompe comme dans l'utérus une caduque réfléchie qui englobe l'œuf ? Ce point particulier de la réaction de la muqueuse tubaire périodique a été le point de départ d'études multiples et a donné lieu à des opinions diverses. Pour Couvelaire, dont le travail important : *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires*, date de 1900, l'œuf n'est jamais totalement enfoui dans la muqueuse comme est l'œuf dans la muqueuse utérine ; son pôle externe reste à découvert à l'exclusion d'une couche adventice de fibrine : il appelle ce pôle le « pôle libre de l'œuf ». Pour la majorité des auteurs allemands et anglais, au contraire, l'œuf pénètre au delà de la muqueuse.

Primitivement il se fixe bien sur une frange (greffe colonnaire), entre deux franges, ou à la base de deux franges (greffe intercolonnaire la plus fréquente), mais il pénètre bien vite sous l'épithélium. Peters, sur l'œuf utérin le plus jeune de tous ceux examinés, a constaté que l'œuf était dans l'épaisseur de l'endométrium, tout à fait au-dessous du niveau de l'épithélium. D'après ces idées, la caduque réfléchie n'existerait pas : ce que l'on avait décrit comme telle, formée de plis de la muqueuse exclusivement, ne pourrait être, d'après Füth, à cause de la présence de fibres musculaires bien marquées dans la capsulaire ou membrane limitante de l'œuf.

Sur aucune des pièces de Voigt il ne fut trouvé un vestige quelconque de formation déciduale : il ne s'agit donc pas de caduque réfléchie. L'existence constante de cette capsulaire dans les pièces de Voigt, de Lockyer, d'Andrews (1), tendrait à démontrer que l'œuf creuse activement sa place dans la paroi tubaire et qu'il est recouvert par une partie de la paroi tubaire comprenant la musculeuse. Le siège aussi profond de l'œuf ne peut s'expliquer évidemment que par un processus actif qui appartient aux villosités. Ces villosités appartenant au placenta fœtal s'élèvent du chorion, remplissent tout l'espace compris entre la cavité amniotique et la paroi de la trompe : mais elles ne se bornent pas à remplir la cavité de la trompe dilatée, elles pénètrent dans la paroi et y cheminent favorisées par un ramollissement, une altération du tissu conjonctivo-vasculaire. Cette poussée irrésistible est la cause de la friabilité de la trompe.

Puis au fur et à mesure que le placenta se développe, le canal de la trompe qui n'est pas extensible le soumet à une certaine pression : malgré la vascularisation intense de la trompe, la circulation maternelle où plongent les villosités se fait mal à cause de la pression exercée. Aussi pendant qu'un certain nombre de villosités s'atrophient au centre, celles qui ont pénétré la paroi fibro-musculaire se développent vers le péritoine à la recherche de tissus mieux nourris. De proche en proche se fait la pénétration jusqu'à la dissection complète des parois préparant la rupture.

On peut concevoir, de ces données, que la réaction du

(1) Andrews. *Obst. Soc. of. London Transactions*, 1903, vol. LXV, p. 197.

tissu conjonctivo-musculaire de chaque trompe doit être la même que celle de son opposée. Partant, la greffe ectopique étant faite, la durée de l'évolution peut être la même.

Cette évolution est courte dans le cas de grossesse isthmique où la dilatation de la trompe est extrêmement restreinte. Dans la partie angulaire, au contraire, elle est susceptible de s'allonger. Disons enfin que la plupart des grossesses extra-utérines atteignant 6, 8 mois sont développées sur le pavillon de l'ovaire, disposant ainsi de surfaces larges pour implanter leurs villosités et augmenter de volume.

Nous verrons ultérieurement la fréquence relative de chacune de ces formes ; il apparaît déjà que l'évolution de la grossesse ectopique relève de deux facteurs : la réaction propre du tissu conjonctivo-musculaire à la pénétration de l'œuf et le siège d'implantation de cet œuf.

Que devient la grossesse extra-utérine qui n'est pas opérée et que trouve-t-on lors d'une intervention pour récidive ? Deux cas se produisent : ou la première grossesse s'est rompue, il y a eu hématocèle. Les phénomènes n'ont pas été assez graves pour emporter le malade. L'hémorragie a été limitée, des adhérences se sont produites, le sang épanché s'est résorbé et la fibrine s'est organisée, on peut trouver quelques traces de ces phénomènes ou même rien après, *restitutio ad integrum* : c'est dans ces cas-là qu'une grossesse ectopique pourra se reproduire dans la même trompe.

Ou le fœtus est mort avant terme ; tantôt le fœtus très jeune est résorbé, tantôt plus volumineux il persiste,

mais alors il n'y a plus grossesse mais rétention fœtale. Le fœtus subit des modifications diverses : dégénérescence adipo-cireuse, momification, calcification. Les parois du sac se rétractent, le placenta s'atrophie. Ces modifications de consistance se font tantôt sur les parois de la poche fœtale, tantôt dans les couches superficielles du fœtus, tantôt enfin le fœtus est transformé entièrement en un bloc dur. Cette rétention peut n'amener aucun accident et l'on cite des exemples de tolérance durant plusieurs dizaines d'années. Mais souvent le kyste fœtal s'infecte et cette infection semble provenir du voisinage de l'intestin. La poche suppurée peut alors s'ouvrir une voie au niveau de la paroi abdominale, dans l'intestin, le péritoine ou la vessie.

Tels sont les aspects macroscopiques que l'on peut trouver lors d'une intervention pour récidive. Mais dans bien des cas on ne trouve pas autre chose qu'un hématosalpinx. Est-il possible de reconnaître histologiquement un hématosalpinx gravidique d'un hématosalpinx dit simple. Nous connaissons la rareté de ces derniers. Néanmoins on peut dire qu'il n'est pas possible de retrouver dans ce dernier cas les caractères que nous indiquerons au diagnostic pour l'hématosalpinx gravidique. De plus, l'examen histologique montre souvent la présence de villosités. Cette constatation est un signe pathognomonique de la présence antérieure d'une grossesse ectopique.

La villosité placentaire est constituée de la façon suivante : de forme très variable, tantôt très longues, anastomosées ou renflées et donnant naissance à des bourgeons secondaires, elles nagent toujours au milieu

du sang épanché entre elles. La charpente centrale est formée de fines fibrilles et de cellules aplaties ou étoilées avec des noyaux allongés ou ovoïdes ; au milieu de ce stroma sont des vaisseaux capillaires. Elles sont tapissées d'une double couche, à savoir : 1° des cellules ectodermiques pavimenteuses ou cubiques, ou cellules de Langhans ; 2° de larges plaques protoplasmiques parsemées de noyaux ovoïdes, la couche syncithiale.

Les cellules de Langhans forment par places entre le tissu muqueux de la villosité et la couche syncithiale des amas parfois assez étendus. Ces cellules prolifèrent d'une façon extrêmement intense, elles peuvent soulever la couche superficielle et devenir libres dans le sang qui entoure les villosités. On trouve presque toujours aussi à côté des villosités des plaques de syncithium isolées dont le protoplasma est parsemé de nombreux noyaux ovoïdes et percé de vacuoles.

La présence de ces villosités dans un caillot sanguin doit faire porter d'une façon certaine le diagnostic rétrospectif de grossesse.

SYMPTOMES

En étudiant les lésions anatomo-pathologiques, nous avons vu que l'utérus réagissait à la présence de l'embryon dans la trompe comme si la grossesse normale devait évoluer. De même l'ensemble des phénomènes maternels qui traduisent dès le début l'évolution d'un œuf fécondé, se reproduisent chez la femme qui a une grossesse ectopique.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est souvent difficile, parce qu'il doit être fait d'une façon précoce, à une période où n'existent pas de signes de certitude. Nous aurons donc besoin de connaître tous les symptômes qui peuvent nous conduire à un résultat. Nous devons rappeler rapidement les signes maternels du début de chaque grossesse car ces signes peuvent réveiller notre attention toutes les fois que nous trouverons une tumeur para-utérine.

D'après Ribemont et Lepage tous les signes fonctionnels de la grossesse normale peuvent exister : suppression des règles, augmentation de volume des seins, augmentation de volume du ventre, troubles digestifs, troubles nerveux.

Retard de règles. — *Le retard de règles* doit surtout

arrêter l'attention car il est presque constant. Variant de quelques jours à quelques semaines, bien rarement il manque. Dans les premières observations personnelles que nous rapportons on voit, en comparant dans chaque cas les 2 grossesses, qu'elles ont présenté un arrêt de la menstruation de même durée pour les deux. Les cas sont si exceptionnels d'ailleurs de grossesse même normale où il n'y a pas suspension du flux menstruel que toute femme qui présente ce symptôme doit être soupçonnée de grossesse.

Douleurs. — Lorsque l'œuf se développe dans l'utérus, ses modifications de volume ne donnent pas lieu au début à des troubles douloureux. Quand il évolue dans la trompe, au contraire, la distension du conduit, la pénétration et l'érosion des différentes couches de la paroi provoquent rapidement des douleurs. Il est à remarquer que ce symptôme est variable suivant la localisation de l'œuf. Lorsqu'il est implanté sur l'ovaire ou le pavillon, les conditions sont presque les mêmes que dans l'utérus : les douleurs sont peu intenses, elles existent cependant mais pour un autre motif. — Implanté au contraire près de l'utérus, dans la région isthmique, l'œuf ne peut que déterminer rapidement des douleurs de compression, de distension, parfois très violentes.

Elles consistent en pesanteur dans le bas-ventre, en une sensation de tension du petit bassin. Les malades accusent le maximum tantôt au niveau de la région lombaire, tantôt au niveau du rectum : elles ont une sensation de plénitude dans toute la région périnéale. Cette sensation douloureuse spéciale, nous l'avons retrou-

vée indiquée dans bon nombre d'observations (observ. Dawson, n° 11). Dawson même, après avoir rapporté ce cas, fait suivre l'observation des réflexions suivantes : « La présence d'une douleur irradiée au vagin et au rectum, le ténesme et la sensation de distension dans ces deux régions est-il un symptôme d'une récente grossesse tubaire. D'une expérience pratique basée sur 5 cas, je pense que cela peut être. » Il regrette que en place de la description de la pièce enlevée on ne donne pas plus souvent l'ensemble des symptômes de l'affection. « Dans les *Obstetrical Society's Transactions*, j'ai publié un cas de rupture mortelle d'une grossesse récente extra-utérine : les symptômes de ténesme vaginal et rectal, la douleur et la distension étaient si marqués qu'ils s'imposèrent d'eux-mêmes avec force à mon attention... Je ne connais aucun ouvrage qui fasse allusion à ces symptômes et beaucoup des plus récents auteurs sur le sujet ne les mentionnent pas comme symptômes particuliers : ils parlent seulement d'une douleur pelvienne mal définie avec hémorragies et débris de membranes comme symptômes essentiels pouvant assurer le diagnostic.

Wagstaff, relatant un cas de grossesse extra-utérine, remarque aussi spécialement le ténesme persistant du rectum et de la vessie. Enfin on peut noter des coliques intestinales et de la diarrhée par irritation de l'intestin auquel adhère le kyste fœtal.

Hémorragies. — Un second symptôme presque constant consiste dans les écoulements sanguins vaginaux. C'est le plus souvent après l'apparition des douleurs, alors que les signes physiques sont encore assez peu

marqués pour passer inaperçus que surviennent les pertes de sang. Ces pertes sont constituées d'abord par des hémorragies en caillots noirâtres, assez peu abondants, mais fréquemment répétées, survenant à la moindre fatigue et souvent même sans causes appréciables. Elles sont dues en premier lieu à l'expulsion de la caduque et et au décollement partiel du placenta qui précède et prépare l'avortement tubaire. Une fois l'avortement produit, les hémorragies n'en continuent pas moins. Elles peuvent se prolonger durant plusieurs jours ou plusieurs semaines, ou enfin apparaître à intervalles éloignés.

Souvent à ce moment se produit l'expulsion de la caduque. Comme cette expulsion qui se fait habituellement dès les premiers mois de la grossesse coïncide parfois avec des douleurs assez vives, on croit que la femme a fait une fausse couche.

Cette expulsion de caduque utérine n'est pas constante. Mais quand elle existe elle est un symptôme qui doit retenir l'attention sur l'existence d'une grossesse. Elle peut ou s'éliminer en un seul bloc, donnant le moule de la cavité utérine, ou par fragments : elle demande à être recherchée. Ajoutons enfin que son apparition n'est nullement signe de la mort de l'œuf.

Lorsque le produit des conceptions est plus développé, il peut être perçu très facilement, soit qu'on perçoive le ballottement, soit que les membres du fœtus soient accessibles. Le kyste fœtal plonge plus ou moins dans l'excavation, tantôt refoulant l'utérus en avant, tantôt se déjetant à gauche ou à droite. La forme, la consistance de cette tumeur sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique et avec le lieu d'insertion du placenta même, pour Pinard.

Dans les grossesses développées près de la corne utérine, le kyste et l'utérus peuvent faire corps ensemble. Quelquefois la tumeur peu engagée présente des parois irrégulières, de consistance inégale, et le doigt ne peut arriver à sentir aucune partie fœtale même en déprimant fortement : « Presque toujours dans ce cas, le placenta, en totalité ou en partie, se trouve dans le petit bassin. » Pinard (1).

Cet examen physique doit toujours être fait avec la plus grande prudence, car les cas ne sont pas rares de rupture du kyste pendant ou immédiatement après les manœuvres d'exploration.

Rupture. — La rupture spontanée d'ailleurs est fréquente. Küstner insiste particulièrement sur ce fait d'ailleurs bien connu que le plus grand nombre de grossesses ont une terminaison précoce. Nous verrons aussi ce fait très intéressant que fréquemment la récidive est interrompue au bout d'un temps analogue à celui de la première ectopie (Obs. 1-2-3). Les conditions anatomiques prédisposent singulièrement à la mort de l'œuf. Le plus souvent la greffe ovulaire dans la trompe provoque une hémorragie intra-tubaire plus ou moins abondante, hémorragie qui du coup peut arrêter l'évolution gravide. L'hémorragie peut être assez réduite pour distendre seulement l'oviducte ou assez abondante pour produire à travers l'ostium abdominal un épanchement intra-péritonéal ou déterminer une déchirure tubaire. De l'abondance de l'hémorragie, de l'étendue du décollement chorial dépend l'avenir de l'œuf.

(1) Pinard. *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

Le saignement intra-péritonéal peut être diffus (inondation péritonéale) ou se faire par petites poussées circonscrites.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes qui accompagnent la rupture ou l'avortement tubaire sont en général d'une brutalité exceptionnelle. Nous n'avons pas à faire le tableau de l'hématocèle. Mais disons qu'après une première atteinte la malade peut se remettre et en présenter de nouvelles. Il faut bien connaître cet accident subit qui peut faire penser à des causes si variées : empoisonnement, perforation intestinale, etc.

Mais il est un symptôme de la première heure sur lequel nous voulons attirer spécialement l'attention : c'est l'*abaissement subit de la température*. Cette notion de l'hypothermie que l'on possède bien en face d'une hémorragie abondante et certaine doit servir dans ces cas d'hématocèle. Après la première phase de douleur brutale, la malade revient à elle, le ventre dur, sensible et tendre ne peut être exploré, la douleur est diffuse, on pense à une appendicite, à une péritonite aiguë. La température au-dessous de la normale jointe à la rapidité et la petitesse du pouls attireront l'attention.

L'intensité de l'hémorragie est très variable suivant les cas : elle dépend évidemment des obstacles dus aux adhérences voisines, qui limitent le foyer. Elle semble cependant en général beaucoup plus grande dans les cas de rupture franche de la trompe que dans les cas d'avortement tubaire. Peut-être peut-on dire que les ruptures sont plus fréquentes quand la grossesse est située dans l'isthme et l'avortement quand elle est dans l'empoule ou extra-infundibulaire : les conditions anatomiques régissant alors la gravité de l'hémorragie.

Nous ne pouvons insister sur l'évolution de l'hématocèle. Nous en avons étudié l'aspect macroscopique lors d'une intervention, au chapitre de l'anatomie pathologique.

D'ailleurs, nous savons à l'heure actuelle qu'il ne faut pas laisser évoluer des hématocèles sous le couvert d'un traitement palliatif le plus souvent impuissant et qu'il convient d'intervenir avant la répétition des accidents ou l'infection secondaire du foyer. Nous savons aussi que s'il survient une grossesse normale après l'intervention, elle a plus de chances d'évoluer sans incidents que s'il n'y a pas eu d'opération. (Funck-Brentano).

Grossesses bilatérales. — Jusqu'ici nous avons eu en vue les cas dans lesquels n'existait qu'un seul œuf : la grossesse était unilatérale, qu'elle fut la première ou la récidivée dans la trompe opposée. Il nous faut signaler l'existence moins fréquente de grossesses ectopiques bilatérales. Rares sont les cas où les 2 grossesses étaient du même âge : le plus souvent, à l'intervention qui découvre les 2 foyers de gestation, on trouve des fœtus de taille et d'âge différents. Dans la plupart des observations il s'agit de femmes qui, à deux périodes très nettement distinctes et plus ou moins espacées, ont présenté la plupart des symptômes d'une grossesse avec, dans la suite, des phénomènes d'avortement sans fausse couche véritable.

La différence d'âge a été parfois minime mais jamais nulle. Sur 21 observations citées par Jayle et Nandrot (1), dix présentaient un intervalle de 2 mois à un an, dans

(1) Jayle et Nandrot. *Rev. Gyn.*, 1904, p. 203.

4 observations de un an à deux ans, dans 7 observations de deux à quatre ans. « La nouvelle imprégnation se fait donc en général dans la même année que la première, mais elle attend pour se produire au moins un mois après l'avortement de la première grossesse. Car de même que nous n'avons trouvé aucun exemple de grossesse tubaire véritablement simultanée dans sa conception, nous n'avons trouvé non plus aucun cas de deux embryons extra-utérins ayant pu évoluer et vivre simultanément. Dans tous les cas, l'un d'eux était mort au moment de sa fécondation nouvelle. » (Jayle et Nandrot). A cette opinion on peut opposer l'existence des cas de grossesse utérine et extra-utérine simultanées où les 2 fœtus se développent parallèlement, cas dont nous avons pu voir un certain nombre.

Nous rapportons aussi une observation de Burford qui semble infirmer les dernières conclusions de Jayle et Nandrot. La taille des fœtus, 38 et 41 millimètres, et l'histoire clinique semblent indiquer qu'ils doivent avoir été conçus à intervalle très rapproché sinon en même temps, et qu'ils ont pu se développer parallèlement.

La notion de la possibilité de ces cas permettra de faire le diagnostic en présence de deux tumeurs para-utérines de volume inégal souvent, mais pour l'explication desquelles l'histoire clinique prévaudra sur l'examen physique.

Grossesse ectopique répétée dans la même trompe. — La récidive a lieu habituellement dans la trompe du côté opposé. Cependant exceptionnellement on peut la voir du même côté. Varnier rapportant l'observation de

Cœ (observ. 56, thèse Sens, Paris 1900), conclut à la possibilité de ce mode de répétition : « La récidive dans la même trompe est chose possible, non seulement dans les cas où la trompe s'est débarrassée de l'œuf ectopique par un simple avortement tubaire, mais même après rupture, même après obstruction du trajet tubaire par un œuf momifié sur place. »

Nous croyons aussi à la possibilité de cette récidive : l'observation n° 3 en est un bel exemple. On sait aussi qu'il n'est pas besoin que l'extrémité infundibulaire soit perméable pour qu'un œuf s'introduise dans l'oviducte. Une déchirure non cicatrisée de la trompe, l'orifice fistulisé d'un moignon de trompe peuvent donner passage à l'ovule fécondé. On trouvera l'observation rapportée par Morfit d'une récidive développée dans une trompe incomplètement enlevée dont le moignon communiquait avec la cavité péritonéale (Obs. Morfit, n° 11 in thèse Martin) (1).

Il ressort de ces faits que la trompe du côté opposé est laissée libre de recevoir à son tour au moins une nouvelle grossesse. (Cas de 3 grossesses extra-utérines. Obs. n° 3).

Evolution de la récidive. — La récidive évolue suivant un des modes que nous avons décrit, mais il est intéressant de rechercher si elle suit fatalement la marche prise par celle qui l'a précédée. Il semble y avoir une tendance marquée à l'évolution parallèle des deux grossesses ectopiques. Cette remarque ne peut d'ailleurs être généralisée : elle n'a rien d'absolu ; elle découle simple-

(1) Martin. *De la récidive de la grossesse extra-utérine*. Th. Paris, 1901.

ment de la lecture d'un certain nombre d'observations. Dans les observations nos 1, 2, 3, 5, on voit que l'histoire clinique et anatomique de la 2e grossesse est presque calquée exactement sur celle de la première : même retard de règles : 5, 6, 8 semaines suivant les observations, même forme clinique, hématocèle et rupture de la trompe. On remarquera que dans tous ces cas, ainsi que l'avait observé Varnier, jamais la 2e grossesse n'évolue vers le terme quand la première a été rompue prématurément. Il est aussi à noter la fréquence de la rupture précoce à 6 semaines, 2 mois et la présence d'une hématocèle abondante non enkystée.

Il y aurait évidemment là une indication thérapeutique certaine si ce parallélisme existait constamment et il serait indiqué de supprimer toute chance de récidive chez une femme antérieurement opérée pour inondation péritonéale. Mais il n'en est rien et dans quelques cas l'évolution des deux grossesses successives est différente.

Nous devons retenir cependant la fréquence de la rupture précoce et de l'hémorragie abondante dans le cas de grossesse isthmique évoluant sur la même femme.

L'allure clinique suivrait donc le mode anatomique d'implantation dans la plupart des cas. Nous allons étudier cette question en traitant du *pronostic* suivant la *forme* et le siège de la grossesse.

DIAGNOSTIC

Les difficultés dont est entouré souvent le diagnostic de la grossesse ectopique tiennent à ce que la plupart du temps on est forcé de le poser quand les signes de certitude de la gestation ne peuvent pas exister encore. Avant le 5e mois, quand la grossesse n'a pas été troublée soit par l'avortement, soit par la rupture tubaire, on a pour poser le diagnostic la présence d'une tumeur correspondant par son volume à l'âge de la grossesse, à côté ou en arrière de l'utérus, et les anamnestiques.

Quand les signes de la grossesse existent, le diagnostic sera facilité. Mais quand la grossesse a cessé d'évoluer, que ses signes disparaissent, ce n'est plus le produit de conception qu'il faut chercher mais les modifications anatomiques qu'entraîne la greffe anormale de l'œuf.

Le toucher et le palper bimanuel font percevoir sur les côtés de l'utérus la présence d'une tumeur qui fait corps avec la matrice ou en est séparée par un sillon. La plupart du temps cette tumeur ne diffère en rien des tumeurs plus fréquentes des trompes : hydro, hémato, pyo-salpinx.

Si on peut isoler l'utérus on le trouve augmenté de volume, plus ou moins déjeté latéralement. Le col n'est pas sensiblement modifié mais souvent on peut percevoir un peu de ramollissement de l'utérus. Il existe une forme spéciale de grossesse qui constitue un terme de passage entre la grossesse interstitielle et la grossesse

utérine vraie : c'est celle qui se développe dans une corne utérine ; celle qu'on appelle « la *grossesse angulaire* ». En plus des signes de grossesse on a bien la notion d'une tumeur adjacente et pour peu qu'il y ait des douleurs, un peu d'écoulement sanglant ou des débris de caduque, on pense à une grossesse ectopique. Ce diagnostic différentiel est souvent impossible à faire ou impossible sans narcose. On peut dire cependant que dans la grossesse angulaire, la tumeur latéro-utérine est toujours molle, quelquefois contractée : elle est franchement latérale ou antérieure, sans tomber dans le Douglas comme la grossesse ectopique. En outre, le sillon qui la sépare de l'utérus est moins marqué et moins profond : on peut sentir le ligament rond à la surface externe de la tuméfaction, indiquant que celle-ci appartient à l'utérus. Mais pour peu qu'il y ait rétroversion de l'utérus ou des adhérences inflammatoires, les rapports de l'utérus sont modifiés, et le diagnostic doit être réservé, l'examen sous anesthésie même dans ces cas ne donnant pas toujours de renseignements.

Distinguer une tumeur des trompes non gravidique d'une grossesse tubaire est le plus souvent impossible par le seul examen physique. L'histoire clinique, au contraire, permet d'éliminer la grossesse : l'absence de phénomènes infectieux antérieurs et marqués, l'absence de fièvre sont en faveur de la grossesse extra-utérine. Malgré tout, le diagnostic reste souvent impossible surtout lorsqu'il s'agit d'*hématо-salpinx simple*. Pour Bantock (1), dans le cas d'hémato-salpinx non gravidique, la

(1) Bantock. *The British med. Journal*, février 1905, p. 490.

suppression des règles est momentanée, et la menstruation redevient normale : les douleurs surviendraient par crises paroxystiques avec écoulement sanguin de quantité variable. Dans la grossesse tubaire il y aurait suppression absolue des règles pendant deux mois et plus, puis surviennent un écoulement vaginal peu abondant, non douloureux, et une crise plus tardive de douleurs suraiguës avec collapsus.

Nous dirons seulement que ces différences sont bien aléatoires : le plus souvent l'hémato-salpinx n'est autre chose qu'une grossesse extra-utérine.

Le *pyo-salpinx* a une évolution beaucoup plus lente : précédé d'écoulement, d'antécédents blennorragique, évoluant chez une tuberculeuse ou une accouchée, il s'accompagne de température. La tumeur, douloureuse au palper, est dure, présente un contour moins régulier que le kyste fœtal, surtout elle n'offre pas de battement et fait corps plus intimement avec l'utérus et avec la paroi.

Avec un *kyste de l'ovaire*, le diagnostic est encore plus facile : ici les symptômes fonctionnels sont à peu près nuls ; la tumeur que l'on sent par le toucher évolue lentement sans troubles.

Pour le petit *fibrome* implanté sur la paroi utérine, il peut y avoir plus de difficultés ; mais le fibrome est plus dur en général, non rénitent, faisant corps d'une manière plus intime avec la matrice ; il est en général possible de trouver d'autres irrégularités dures sur la paroi utérine, sans parler des caractères, de la douleur et des métrorragies.

Rétroversion de l'utérus gravide. — Dans les deux

cas il y a des phénomènes de grossesse, des douleurs et de la compression vésicale et rectale. Le fond de l'utérus vient se mettre en contact avec la face postérieure du col et fait croire à une tumeur latéro-utérine, mais on doit trouver le plan de continuation de la tumeur au col et, de plus, la rénitence de l'utérus gravide diffère de la tension du kyste fœtal.

La coexistence du kyste de l'ovaire, du pyosalpinx, du fibrome, voire du cancer ne doit pas nous faire écarter la possibilité d'une grossesse tubaire. Jacobs note, en effet, leur existence : 1 fois pour le cancer de l'utérus au début, 9 fois pour le kyste ovarique, 7 fois pour le pyosalpinx du côté opposé et 3 fois pour le fibrome.

C'est dans les cas douteux que la notion de l'expulsion de caduque sera d'un secours précieux. On a proposé même le *curettage explorateur* fait dans le but de rechercher les éléments déciduaux. Ce procédé est presque systématisé par certains auteurs ; nous le tenons avec Küstner, pour inutile et jusqu'à un certain degré, pour dangereux.

Pendant la seconde moitié de la grossesse extra-utérine, le diagnostic devient plus facile parce qu'on peut affirmer qu'il y a grossesse. Chez une multipare à utérus aminci et à paroi abdominale peu épaisse, on peut croire à une grossesse utérine ; il faudra rechercher l'utérus sur les côtés de la tumeur qui est toujours profondément située. Si le fœtus est mort, le diagnostic est souvent très difficile, car les sensations deviennent très vagues au palper. On ne trouve souvent que la crépitation osseuse qu'il faudra localiser en dehors de l'utérus.

Quant au diagnostic rétrospectif, si le fœtus mort est

retenu, il est souvent impossible. Ce n'est parfois qu'à l'occasion de la récidive que l'on aura à faire ou que l'on songera à faire le diagnostic de grossesse ectopique.

Ce diagnostic clinique n'a pas évidemment la même valeur que le *diagnostic anatomo-pathologique* fait pendant et après l'opération. On trouve un segment de la trompe distendu par un hématome : souvent, par un orifice, ce segment communique avec une poche plus ou moins volumineuse d'hématocèle. L'hématome est constitué par un caillot dont les caractères sont presque invariables : volume variant d'une noix à un œuf, consistance ferme, fibroïde. Dans quelques cas on ne peut trouver comme reliquat qu'un mince caillot pariétal adhérent, ne contenant plus de villosités et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau, présence de cellules migratrices chargées de pigment sanguin, infiltrant le tissu conjonctif intermusculaire.

Dans d'autres cas, quand le fœtus a disparu ou qu'il n'est plus reconnaissable que par la présence au centre d'un caillot volumineux d'une fente allongée rappelant la cavité amniotique, l'examen histologique permet de retrouver les restes du chorion ou des villosités placentaires, dont nous avons déjà décrit la constitution.

PRONOSTIC

Dès 1900, Varnier avait bien insisté sur ce fait que la récidive de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine habituellement. Un certain nombre de faits passent inaperçus, l'embryon cessant de se développer à une époque peu avancée de la grossesse ; mais il semble qu'au fur et à mesure des progrès de la chirurgie et de la gynécologie, le nombre des faits se multiplie par suite d'une observation plus rigoureuse. Pour avoir une idée juste de la fréquence absolue de la récidive, il faudrait que chaque opérateur puisse suivre la malade depuis sa première grossesse ectopique jusqu'aux grossesses ultérieures et noter la nature de ces grossesses intra ou extra-utérine. Ce n'est qu'avec ces statistiques partielles, faites avec beaucoup de patience, que l'on arriverait à posséder autre chose que ce que Varnier appelle « la fréquence bibliographique ».

Nous avons réuni quelques indications données par différents auteurs et nous y distinguerons deux points : 1° la fréquence absolue de la récidive par rapport à une première grossesse ectopique ; 2° la fréquence par rapport aux grossesses normales postérieures à la première atteinte.

1° Sur la proportion globale de récidive de la gros-

sesse extra-utérine les avis sont partagés suivant les hasards de la statistique personnelle des auteurs. En 1900, Bouilly, sur 80 grossesses opérées, n'avait pas eu de récidive, sur 40, Schwartz n'en notait pas davantage. Et, cependant, à cette époque, Sens rapportait dans sa thèse, 89 observations dont 65 étaient considérées comme certaines. Quelques temps après, Haret publiait 35 cas nouveaux. D'après Karl Reiffarscheid (1), à sa clinique de Bonn, sur 43 grossesses tubaires opérées, deux sont récidivantes. A Breslau, d'octobre 1893 à octobre 1898, Küstner (2) a opéré 107 grossesses extra-utérines, 5 ont récidivé. Sur 63 cas opérés par M. Lejars depuis 1895, on a noté 3 récidives. Enfin dans les tableaux publiés par Stepkowski (3) à l'occasion de 37 cas opérés par Neugebauer, nous ne notons qu'une récidive un mois après.

Presque toutes ces statistiques partielles donnent en résumé le chiffre moyen de 4 à 5 récidives pour 100 grossesses extra-utérines. Ce chiffre nous parait inférieur à la vérité. Il n'est question en effet que des grossesses ectopiques répétées après castration unilatérale ; mais il nous semble qu'il faudrait faire entrer en compte les cas de grossesse bilatérale et ceux de grossesse répétée dans la même trompe. Nous l'avons déjà vu en étudiant ces formes, les œufs sont exceptionnellement du même âge. On peut donc en conclure que après évolution de la première grossesse et la mort de l'œuf, la récidive s'est faite du côté opposé. Si même on admet que les

(1) Karl Reiffarscheid. *Centralblatt für gynœkologie*, 1903.
(2) Kustner. *Sammlung v. klin. Vorträge*, 1899, n° 244, 245.
(3) Stepkowski. Art. in *Revue de gynécol. et chir. abdom.*, 1901, p. 24.

deux œufs puissent se développer simultanémeut, il n'en est pas moins vrai que la greffe tubaire de l'un a presque toujours précédé l'autre.

Il en est de même pour les cas de grossesse répétée dans la même trompe. C'est bien là une récidive. Est-ce donc à dire que la femme qui a eu une grossesse extra-utérine soit infailliblement soumise à n'avoir que des grossesses anormales ? Evidemment non, car l'on peut voir évoluer des œufs dans l'utérus après une évolution dans la trompe.

2° Quelle est la fréquence des deux modes de grossesse, l'un par rapport à l'autre ? C'est là le second point à examiner. Schul, en 1883, trouvait après une première grossesse extra-utérine, 12 grossesses normales contre une extra-utérine. « Nous trouvons 7 cas de grossesse extra-utérine survenus après la production d'une grossesse de même nature. Nous verrons plus loin que nous avons pu réunir 83 cas de grossesse intra-utérine pendant la durée de la rétention de kystes fœtaux extra-utérins et 1 après l'expulsion de l'ectopion. En somme, nous trouvons 84 grossesses développées dans la cavité utérine, 7 grossesses développées en dehors de cette cavité, soit : une extra-utérine sur 12 normales. » Les chiffres fournis par Varnier opposant les 63 cas de récidives qu'il avait réunis aux 127 grossesses normales ultérieures de Funck-Brentano, sont beaucoup plus forts ; la proportion serait de 1 grossesse extra-utérine pour 2 utérines. Une correction s'imposait à ce chiffre qui fut fait par M. Legueu à la Société d'Obstétrique. C'est que parmi les 127 femmes qui fournissent ce contingent d'observations, il en est un certain nombre qui ont eu plusieurs gros-

sesses utérines ; le total est alors de 188 et l'on obtient la proportion de 1 pour presque 3.

Rien de définitif ne peut être établi. Il nous suffirait, en effet, de rappeler les cas de grossesse utérine normale, s'intercalant entre les deux grossesses ectopiques (obs. nos 20 à 24).

La récidive est-elle plus grave que la première grossesse ? Il n'apparaît nullement qu'il en soit ainsi. Nous avons déjà montré que le plus souvent l'évolution clinique est la même ; et dans les cas où une première rupture a donné lieu à une hématocèle et à des adhérences, s'il n'y a pas d'intervention, la deuxième grossesse ne pourra que profiter de ces dispositions pour limiter les phénomènes d'hémorragie.

Nous devons insister plus sur le pronostic d'après le siège et nous ne pouvons mieux faire que citer les conclusions de Doléris (1) : « Les grosses hémorragies capables de faire courir des risques immédiats, sont dues le plus souvent à la rupture de grossesses siégeant dans les parties moyenne et interne de la trompe.

« Dans ce cas, la rupture de la paroi, quelque soit l'âge de la grossesse, coïncide avec l'inondation péritonéale, l'hémorragie cataclysmique. Les grandes hémorragies ne proviennent de grossesses siégeant dans l'ampoule ou dans le tiers externe de la trompe qu'autant que le développement de l'œuf vivant est arrivé au 4e ou 5e mois.

« Les grossesses tubo-limbriaires ou tubo-abdominales sont celles qui produisent les hémorragies les moins subites et les moins considérables et qui, en

(1) Doléris. *Soc. d'Obstétrique*, 1900.

même temps, peuvent arriver à un développement très avancé ou à terme. »

Le pronostic des accidents hémorragiques cadre avec ce que nous savons classiquement de la date approximative de la rupture dans chaque variété. La grossesse tubaire et moyenne ne dépassant guère le troisième mois, la variété tubaire externe, ampullaire, fimbriaire pouvant atteindre le quatrième et le cinquième mois.

TRAITEMENT

Sans aller jusqu'à dire comme Werth que toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne, tout le monde est aujourd'hui d'accord que la grossesse ectopique commande l'intervention. Basée sur le pronostic fatal pour le fœtus et très grave pour la mère, cette opinion a du moins cet avantage de ne pas limiter les conditions d'urgence de l'opération.

Si, en effet, pendant la première moitié de la grossesse, il ne faut considérer la tumeur que comme une tumeur banale non gravidique qui doit être enlevée ; dans la seconde partie, au contraire, le fait de la gravidité doit être pris en considération.

Examinons d'abord ce second cas qui est le moins fréquent : Le fœtus est vivant où mort.

S'il est vivant, la question est très discutable ; en opérant tout de suite, on supprime les quelques chances que le fœtus avait de vivre ; on évite à la mère les accidents graves qui la menaçaient. En revanche, elle est exposée à des hémorrhagies graves opératoires ou post-opératoires dues à la vascularisation intense des organes et à la présence d'un placenta en activité.

Pinard estime à ce sujet que les chances d'hémorrhagie ne sont pas plus graves près du terme que à

5 mois, alors que l'on peut avoir la chance de sauver l'enfant.

On se basera, pour choisir le moment opportun, comme le recommande Fraenkel, sur l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation : De préférence, en général on intervient de 8 mois à 8 mois 1/2. Il est imprudent, en effet, d'attendre beaucoup plus longtemps, car surviennent alors les symptômes de faux travail qui est une des conditions les plus désavantageuses pour opérer.

Si le fœtus a succombé : il faut toujours opérer, et le plus tôt possible avant toute chance de rupture ou d'infection. La grande majorité des auteurs s'est jusqu'ici prononcée contre l'intervention précoce afin d'attendre que la circulation kysto-placentaire diminue peu à peu et que l'hémorrhagie soit moins abondante. Mais le moment de cette disparition est impossible à déterminer exactement, et d'autre part l'expectation ne met pas à l'abri des hémorrhagies tardives ou d'infection du kyste fœtal. Si nous faisons entrer en ligne de compte les accidents et d'autre part les résultats que l'on peut espérer à l'heure actuelle d'une laparotomie bien faite, celle-ci nous apparaîtra comme bien préférable. La laparotomie devra être suivie presque toujours de l'ablation totale du sac et du fœtus et parfois même la question de l'hystérectomie se posera quand les adhérences seront trop fortes.

Dans les cas où l'ablation totale paraît dangereuse parce que trop pénible, on peut avoir recours à la marsupialisation du sac. Après avoir fixé le kyste à la paroi abdominale, après l'avoir détergé et désinfecté, on le drainera soigneusement.

Faut-il intervenir quand la mort du fœtus étant ancienne, on peut espérer la transformation en lithopédion, alors surtout que la femme est en bonne santé ? Là encore, l'intervention nous paraît raisonnable ; on n'est jamais certain d'une tolérance parfaite ultérieure de la masse ectopiée, d'autre part s'il survient une infection, la suppuration et l'expulsion du kyste peuvent causer les accidents les plus graves.

La voie abdominale est de plus en plus la seule voie adoptée comme donnant le plus de jour sur les lésions. Cependant, dans les cas où le kyste fœtal est très engagé dans l'excavation et déprime le cul-de-sac postérieur, on peut avoir recours à la colpotomie postérieure. Dans ce cas, sans essayer d'extraire le sac, on doit se contenter d'enlever le fœtus et les débris qui peuvent être atteints et drainer soigneusement la poche.

Le traitement de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus simple en apparence dans le cours du 5e mois. Toujours lorsque le diagnostic est posé de grossesse ectopique, il faut enlever la tumeur.

Les divergences commencent seulement dans le mode d'intervention.

1° Quelle voie doit-on suivre ? Voie abdominale ou voie vaginale ?

2° En prévision de la récidive faut-il faire la castration bilatérale ?

1° *Voie d'abord de la tumeur.* — Si la voie abdominale a pu être discutée autrefois, il semble bien qu'elle s'impose à l'heure actuelle et qu'elle soit de plus en plus adoptée. L'opération ne présente pas alors de différence

notable avec une extraction de kyste séreux ou purulent de la trompe.

Dans la plupart des cas, la grossesse ectopique est tubaire, plus rarement infundibulaire. Or, les variétés de grossesse ectopique, sauf les ampullaires et les tubo-fimbriaires ont une siège élevé dans le bassin, la variété externe occupant le cul-de-sac de Douglas de bonne heure. Le siège de l'ectopie indiquerait déjà la voie abdominale comme permettant un abord plus aisé des lésions. Mais on peut ajouter que l'espace donné par l'ouverture abdominale permet infiniment mieux d'éviter l'hémorragie en supprimant les manœuvres de tractions et de déchirures. Les annexes sont facilement découvertes : les lésions connexes, adhérences, pyosalpinx sont perceptibles et abordables plus immédiatement. S'il s'agit encore d'une poche non pédiculisable comme cela a lieu dans la grossesse intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, la décortication de la poche après incision du péritoine sur un point vasculaire est infiniment plus aisée par la voie abdominale. Küstner (1), après avoir mis en évidence les avantages de la voie haute, formule la proposition suivante : « En principe, il faut attaquer par en haut toute grossesse extra-utérine interrompue, même pendant les premiers mois, à des époques plus avancées cela ressort de soi-même, dès qu'il y a nécessité d'opérer ».

Peuvent faire exception à cette règle, les grossesses ou les hématocèles qui sont le siège de processus infectieux ou de putréfaction. On évacuera la collection après colpotomie postérieure.

(1) Küstner. *Sammlung klin. Vorträge*, 1899, n° 244.

En résumé, il faut opérer de bonne heure et sauf contre-indication posée, intervenir par la voie haute.

Mais, au cours de la laparotomie, un nouveau problème se pose : nous avons vu la récidive se faire avec facilité chez la femme ayant déjà fait une grossesse ectopique ; 4 à 5 % environ, suivant la plupart des statistiques ; 5 cas sur 107, d'après Küstner ; 5 sur 92, d'après Strauch. N'est-il pas préférable de prévenir cette récidive et de mettre la femme à l'abri de toute nouvelle grossesse extra-utérine par une castration bilatérale ?

2° *Faut-il faire la castration bilatérale?*

C'est une pratique qui a été proposée et adoptée par certains chirurgiens, par Beck, de Philadelphie, et par Abel entre autres.

Cette conduite, en apparence raisonnable, souffre de multiples objections. Si la crainte d'une greffe dans la trompe opposée est justifiée par la fréquence relative de la récidive, cela n'implique pas cependant que celle-ci soit fatale. L'intervention pour la seconde grossesse ne comporte aucun danger spécial étranger à la première qui puisse la faire redouter, mais surtout si les annexes opposées sont saines, on ne peut supprimer sans inconvénient à une femme bien portante des organes aussi utiles.

Reprenant les statistiques de Funck Brentano, nous voyons qu'il a pu réunir 188 cas de grossesse normale évoluant après une grossesse extra-utérine. Ce nombre prouve que l'on peut toujours espérer les évolutions normales intra-utérines à la suite d'une première intervention, et que l'on ne doit pas supprimer à une femme la chance d'une grossesse normale sans parler de la fonction ovarienne pour une crainte hypothétique.

Cependant, la nécessité de la castration bilatérale est manifeste quand il y a en même temps une annexite marquée, aiguë ou incurable du côté opposé à la trompe gravide : nous savons déjà que les inflammations tubaires sont une cause prédisposante des plus probables de la récidive.

La difficulté consiste donc surtout à doser en quelque sorte le degré de lésions des annexes et il est impossible de donner à ce sujet des règles fixes.

L'examen soigneux du petit bassin, la disposition et l'aspect macroscopique des organes, leur vascularisation permettront de se décider. Mais pour peu qu'il y ait un doute marqué sur leur intégrité, on procèdera à l'ablation complète : ces cas rentrent dans le domaine de la pratique courante.

A chaque cas correspondra une détermination adequate.

OBSERVATIONS

1° Observations de grossesses récidivées dans la trompe opposée.

Observation 1 (Personnelle).

Grossesse tubaire récidivée.

La nommée S..., Marceline, âgée de 30 ans, ménagère, demeurant 217, boulevard de la Gare.

Vient à la Pitié, salle Lisfranc, le 12 novembre 1906, pour des accidents à point de départ utéro-annexiel qui durent depuis 15 jours.

Histoire de la malade. — Elle a été réglée à 12 ans, régulièrement et sans douleurs.

Elle s'est mariée à 20 ans et a eu 5 enfants. Les deux premiers sont venus à terme, avec accouchement facile. Les trois autres sont venus au 8e mois de la grossesse et mort-nés.

Elle n'accuse aucun antécédent syphilitique expliquant ces derniers accidents. « Toutefois, la malade est syphilitique, ainsi que le montra un accident apparu il y a quelques semaines ».

En 1903, vers le commencement d'octobre, elle a un retard de règles de 5 à 6 semaines, après lequel se produisent de vives douleurs, avec *métrorragies*, alternativement interrompues et répétées, *pendant six semaines consécutives.*

Au bout de ce temps, elle entre à la Pitié, salle Lisfranc où elle est opérée par M. Gosset pour *hématocèle intra-utérine.*

L'opération eut lieu vers le milieu de novembre. Elle consista en

une *ablation des annexes du côté droit*, après évacuation du sang de l'hématocèle. La malade guérit très bien de l'opération et quittait l'hôpital trois semaines après celle-ci ...

Les règles revinrent peu de temps après l'opération et se montrèrent régulièrement du mois de décembre 1903 au mois de septembre 1906.

Elles se montrèrent pour la *dernière fois* le 17 septembre 1906.

Le 30 octobre suivant, c'est-à-dire *six semaines après*, la malade fut prise tout à coup de vives douleurs dans le ventre *avec syncope*, en même temps que se produisait par le vagin, un écoulement roussâtre et peu après un écoulement très abondant de sang.

Cette crise douloureuse brusque se continua par des douleurs moins intenses qui durèrent quinze jours, puis se calmèrent, pendant que l'écoulement vaginal persistait.

A ce moment là, le 12 novembre 1906, la malade entra à la Pitié, salle Lisfranc, n'accusant plus que des maux de tête, des étourdissements, des nausées à l'occasion des repas légers qu'elle essaie de prendre, et des pertes sanglantes qui n'ont pas cessé un instant depuis le 30 octobre.

Néanmoins, *son état général est assez bon*, son pouls normal et sa température également.

Le ventre n'est pas douloureux à la pression si ce n'est au niveau de la région ovarienne gauche, où la malade accuse une sensibilité assez vive quand on déprime la paroi.

Par le toucher vaginal on sent que le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac gauche sont refoulés par une collection assez volumineuse et dure et qui est douloureuse si on appuie avec le bout du doigt.

En raison des renseignements fournis par la malade : des pertes sanglantes interrompues après un retour de règles de six semaines, coïncidant avec de très vives douleurs du ventre au moment de leur apparition et avec l'existence d'une collection annexielle gauche à *une hématocèle rétro-utérine par récidive de grossesse tubaire dans la trompe gauche restante*. La malade est mise en observation.

Du 12 au 30 novembre, sous l'influence du repos, son état paraît s'amender.

Elle ne souffre plus du tout, les pertes vaginales diminuent et l'état des culs-de-sac vaginaux fait penser que la lésion régresse.

Le 1er décembre, la malade est reprise de très vives douleurs dans le ventre, avec nouvelles pertes vaginales abondantes.

Le toucher vaginal montre que la collection qui distendait primitivement les culs-de-sac et avait régressé sous l'influence du repos, s'est reconstituée brusquement et déborde maintenant la symphise pubienne.

Il n'y a pas de fièvre. Il n'y en avait pas eu depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

Une opération est décidée et elle est pratiquée par M. Terrier le 5 décembre 1906.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des adhérences épiploïques se présentent en grand nombre derrière l'incision de laparotomie.

On commence par les libérer avant d'essayer d'aborder l'utérus et l'annexe restante.

A peine les adhérences sont-elles libérées et l'épiploon relevé, que du sang noir s'écoule en abondance du petit bassin.

Ce sang est évacué ainsi que des caillots et on arrive sur la trompe gauche, qui est le siège d'une grossesse ectopique, récemment rompue.

Cette trompe est enlevée en bloc ainsi que l'ovaire y attenant. L'utérus est également enlevé par une section sus-vaginale.

La cavité péritonéale est drainée après péritonisation des surfaces cruentées.

L'examen de la pièce enlevée permet de constater que la grossesse ectopique a évolué au niveau du pavillon tubaire accolé à l'ovaire gauche, c'est-à-dire que le kyste fœtal a emprunté, pour se former, l'ovaire d'une part et la face interne du pavillon tubaire de l'autre.

Les suites opératoires ont été aussi bonnes que possible et la malade a quitté l'hôpital un mois après l'opération.

Elle y revenait trois mois après pour une grosseur apparue à la

face antérieure d'une cuisse et qui avait l'aspect d'une gomme syphilitique. Elle en a guéri sous l'influence du traitement spécifiqne. Cet accident pourrait expliquer la mise au monde de trois enfants mort-nés ainsi qu'on l'a constaté plus haut dans les antécédents de la malade.

Observation 2 (Personnelle).

Grossesse tubaire récidivée.

Antécédents personnels. — La nommée M.. , giletière, est âgée de 31 ans : réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs. Mariée à 18 ans.

En 1894, 1re grossesse normale, accouchement facile, mais suivi d'une fièvre puerpérale grave durant un mois et accompagnée d'abcès multiples des deux seins.

En 1895, 2e grossesse.

En 1897, 3e grossesse.

Ces deux dernières grossesses furent normales et les accouchements faciles, sans complications.

En 1902, après un *retard de règles de 8 jours* et au moment d'un effort, la malade éprouva tout à coup une douleur vive, du côté droit, avec irradiation dans la cuisse. Cette douleur persista intense jusqu'au 5 mars, puis céda, en même temps qu'apparaissaient des pertes sanguinolentes, peu abondantes, mais continues. Ces pertes durèrent pendant 1 mois sans cesser. Au bout de ce temps la malade entra à l'hôpital.

Trois jours après, le 4 avril 1902, elle fut opérée par M. Alglave.

On trouva une hématocèle rétro-utérine par rupture de la trompe droite et on lui fit une castration unilatérale droite avec drainage abdominal.

La malade quittait l'hôpital le 23e jour après l'opération en bon état de guérison.

Du mois d'avril 1902 au 6 mars 1907, la malade resta très bien portante et sans troubles génitaux d'aucune sorte.

Le 6 mars dernier, époque à laquelle les règles devaient appa-

raître, survint une perte rouge très peu abondante qui cessa le jour même.

Le 9, la malade fut prise de douleurs très vives du côté gauche avec irradiation périnéale, et qui durèrent une demi-heure environ.

Le 12, mêmes douleurs au même endroit.

Le 17, nouvelle perte peu abondante, cessant dans la même journée et constituée par du sang rouge, sans caillots.

Le 19, *le 22*, puis tous les 2 ou 3 jours, mêmes douleurs vives, périnéales et hypogastriques.

Le 13 avril, apparaissent des pertes sanguinolentes peu abondantes, *mais continues* et qui durent jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le 27 avril 1907.

Depuis que la malade est entrée, les pertes ont continué.

Actuellement l'état général est bon, la température et le pouls normaux. Le ventre est normal, non ballonné.

A la palpation on sent, dans la fosse iliaque gauche, à 3 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, un peu en dehors de la ligne médiane, une masse un peu dure, immobile, douloureuse.

Au toucher, on trouve : *un col* en situation médiane, entr'ouvert et ramolli ; *un corps* dépassant un peu la symphyse, augmenté de volume ; un cul-de-sac droit, libre et souple ; *un cul-de-sac gauche* un peu effacé par une tuméfaction du volume d'une orange, séparé de l'utérus par un sillon, un peu dure et douloureuse à la pression.

En raison des antécédents de la malade et des symptômes observés dans ces derniers temps, cette tuméfaction paraît due à une grossesse ectopique développée dans la trompe gauche restante.

Opération — Laparotomie sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice. L'épiploon adhère à la paroi et on commence par le libérer. Mise à découvert d'un hématosalpinx gauche : du sang est épanché en abondance ainsi que des caillots dans le cul-de-sac de Douglas, épanchement s'étendant jusqu'à la fosse iliaque droite. Ablation de l'utérus et des annexes. On débarrasse la cavité pelvienne et les anses intestinales des caillots sanguins et des adhérences filamenteuses qui les entourent. Ligature des pédicules.

L'appendice malade avec adhérences au niveau de la pointe est enlevé. Drainage et suture en 3 places à la soie. Guérison.

Observation 3 (personnelle).

Grossesse extra-utérine isthmique double.

Mme X..., d'une santé générale parfaite, et ayant eu, 5 ans auparavant, une couche normale, d'un enfant actuellement bien portant, avait été opérée en avril 1905, pour une appendicite à froid. Au cours de cette opération, des adhérences avaient été notées, reliant l'appendice à la trompe du côté droit.

En septembre 1905, après un mois de retard dans les règles, apparaissait du côté droit, une tumeur salpingienne, du volume d'une orange, qui obligea la malade à garder le lit pendant 3 mois. Après ce laps de temps, toute tumeur avait complètement disparu, et la malade semblait entièrement rétablie. Elle resta ainsi, en parfaite santé, jusqu'en 1906.

A ce moment, après une suspension de règles d'un mois, elle fut prise subitement d'une douleur brusque, cataclysmique, suivie de collapsus, indiquant une inondation péritonéale. Opérée d'urgence quelques heures après, la malade présentait une hémorragie formidable. La rupture de la trompe droite siégeait tout près de la corne utérine ; la grossesse extra-utérine était donc isthmique.

La malade se rétablit ensuite complètement bien. Les règles étaient redevenues régulières, lorsqu'en mars 1907 il y eut une nouvelle suspension de règles, d'un mois. A la suite, des mêmes symptômes cataclysmiques, la malade fut de même opérée d'urgence, elle présentait de nouveau une énorme inondation péritonéale, dont l'origine était la rupture de la trompe gauche au niveau de sa portion isthmique. Les suites de cette troisième opération furent, comme les précédentes, parfaitement normales, mais la malade, très anémique, mit plusieurs mois à reprendre son état satisfaisant.

Observation 4 (Inédite). — Communiquée par H. Delagénière, du Mans.

Trois grossesses extra-utérines avec inondation du péritoine chez la même malade. Deux laparotomies successives. Guérison.

La nommée M.. , âgée de 28 ans, entre à la clinique, le 6 février 1902; en plein collapsus consécutif à une inondation péritonéale par suite de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Mariée en 1892, elle a un enfant en 1893 ; garde à la suite de cette couche, de la métrite et des douleurs dans le ventre à droite.

En 1893, après un arrêt dans ses règles, elle a fait une inondation péritonéale qui a mis ses jours en danger. Le diagnostic alors fut confirmé par M. Bouilly, appelé au bout de 15 jours alors que toute menace avait disparu et qui, pour cette raison, déconseilla une opération immédiate. La malade se remit très lentement de cet accident qui se compliqua d'une phlébite de la jambe droite.

La malade nous apprend qu'elle a été réglée le 17 décembre pour la dernière fois.

Le 22 février, au milieu de la nuit, elle est prise brusquement d'une crise de coliques aiguës. Cette crise dure une heure. Elle se remet de la crise, mais pendant une quinzaine, elle ressent des douleurs dans le ventre auxquelles elle n'attache pas d'importance.

Le 2 mars 1902, à 8 heures du matin, elle est prise au lit d'une nouvelle crise qui dure 1 heure. Le soir, petite crise vers 5 heures.

Nouvelle crise dans la nuit du 3 au 4, puis à 9 heures du soir le 4.

Enfin, le 5, à 9 heures du matin, elle a une crise plus forte et le soir, elle est prise de vomissements. Je la vois vers 10 heures du soir en consultation avec le docteur Mordret, médecin traitant, et je lui conseille une intervention immédiate qui n'est pas acceptée. La nuit se passe dans des souffrances très grandes, la malade s'affaiblit, prend l'aspect syncopal, les parents s'affolent et font transporter la malade à la clinique.

Etat à l'entrée. — La malade est exsangue, syncopale, le pouls est filiforme, à peine perceptible, le ventre relâché mais sensible à la pression. L'opération est décidée immédiatement.

Opération le 6 février 1902. — Sont présents : MM. les Drs Mordret, Bolognési, Meyer, Fouchard et Roy. Je fais une incision médiane sous-ombilicale et ouvre la séreuse. Le sang apparaît, remplissant tout le bassin. L'état de la malade est des plus alarmant à ce moment. Je plonge la main dans le bassin et saisis les annexes droites, présumées être le point de départ de l'hémorragie parce que c'est de ce côté que la malade prétendait avoir souffert au début. J'applique un pince-clamp sur le pédicule puis me mets en devoir d'enlever le sang épanché avec des compresses. Je retire ainsi une cuvette de sang et de caillots puis résèque les annexes droites. Un drain est mis dans le Douglas et le ventre est refermé. Les annexes gauches paraissent saines.

Examen des pièces. — Rien de particulier du côté de l'ovaire qui est simplement accolé à la trompe. La trompe est grosse comme un petit œuf, fermée à son pavillon et présentant une perforation longue de 3 cent., bouchée par un caillot. Ce caillot n'est autre que le placenta qui présente la forme d'un petit creuset.

Suites opératoires. — Rien à signaler, la malade se rétablit sans incident après un léger schok opératoire. Le 20e jour après l'opération, elle présente quelques dixièmes de température et se plaint d'une légère douleur dans le mollet droit au siège de son ancienne phlébite, mais au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre et la malade peut rentrer chez elle le 5 mars 1903.

Suites éloignées. — De retour chez elle, la malade ne tarde pas à se rétablir, et elle recouvre même complètement la santé.

Le 20 mars 1904, elle vient me consulter et me fait part de ses craintes d'être de nouveau enceinte. Elle n'a pas revu ses règles depuis le 16 février et depuis cette époque elle ressent des malaises analogues à ceux qu'elle a ressentis à ses autres grossesses. A l'examen direct, je constate que l'utérus est augmenté de volume, le col ramolli, mais les annexes gauches me paraissent absolument normales. Je crois donc devoir rassurer la malade et je diagnostique une grossesse normale d'environ un mois. La malade continue à éprouver des malaises et garde des inquiétudes ; disant qu'elle ressentait à gauche les mêmes tiraillements, la même tension qu'elle avait ressentis à droite.

Le 5 avril, elle est prise subitement d'une crise avec douleurs dans le ventre, vomissements, et réaction péritonéale. Le pouls est petit et rapide. Les docteurs Langevin et Bolognési diagnostiquent une nouvelle inondation péritonéale et conseillent une nouvelle opération.

Opération, *le 6 avril 1904*. — Sont présents : les docteurs Langevin, Bolognési, Sinan et Meyer. Je fais une laparotomie sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice, le bassin est rempli de sang. J'enlève avec soin les caillots et le sang qui s'est répandu dans la fosse lombaire droite. Là, je constate des adhérences au niveau de l'appendicite et de la fosse iliaque. J'enlève alors les annexes gauches puis l'appendice et referme ensuite le ventre, après avoir placé un drain dans le Douglas.

Examen des pièces. — L'ovaire est encapuchonné par le pavillon de la trompe, mais il paraît normal. La trompe est augmentée de volume, kystique, et présente une déchirure dans l'orifice de laquelle on trouve engagé un œuf intact. Cet œuf renferme un embryon d'un mois environ. L'appendice est contourné sur lui-même et présente des traces d'adhérences à son extrémité.

Suites opératoires. — Très simples et normales jusqu'au 15e jour. La malade n'a présenté aucune élévation de température, sa plaie s'est normalement réunie et elle a vite réparé sa perte de sang. Le 15e jour elle se plaint de nouveau de sa jambe droite, la température s'élève de quelques dixièmes, enfin, on diagnostique une phlébite de la jambe, la cuisse restant absolument indemne. Cette phlébite, sans importance, retarde un peu la convalescence de la malade qui ne quitte la clinique que le 10 mai.

Depuis cette dernière opération, la malade jouit d'une excellente santé, elle ne souffre plus ni de son ventre ni de sa jambe.

Observation 5

due à l'obligeance de M. le Dr Dartigues, *chef de clinique gynécologique à la Faculté.*

Louise D..., 28 ans, brocheuse, réglée à 14 ans et depuis régulièrement.

A eu 4 enfants à terme : le premier il y a 8 ans, le dernier il y a 3 ans et demi. Fausse couche il y a 5 ans, de trois mois 1/2.

Entre le 6 mars 1907, salle Guérin, hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi.

Elle a été opérée par M. le Dr Dartigues, d'une grossesse extra-utérine d'environ 3 à 4 mois ; ablation des annexes du côté droit. Depuis cette opération la malade est arrivée au mois dernier sans souffrir et ayant des règles régulières. Pas de pertes blanches. Il y a un mois, le 3 février, sur le point d'avoir ses règles, elle fut prise brusquement par des douleurs intenses dans le côté gauche ; ces douleurs ont duré deux jours. La malade a dû tenir le lit pendant 5 jours. Absence complète de règles.

Du 3 au 15 février, rien d'anormal.

Le 15, métrorragie assez abondante pendant 5 jours. Pas de caillots.

Le 28, nouvelle crise semblable à la première.

A l'examen fait à l'entrée on trouve le col utérin très bas. L'utérus augmenté de volume, légèrement rétrofléchi. Une masse à gauche de l'utérin.

Opération *le 13 mars 1907*, par M. le Dr Dartigues. — Incision médiane sous-ombilicale au ras de la cicatrice de la laparotomie antérieure. A l'ouverture du péritoine on ne trouve pas d'adhérence de l'épiploon ou de l'intestin à la face postérieure de la paroi abdominale. On aperçoit tout de suite les anses intestinales de l'épiploon ayant une couleur marron et recouvertes d'une légère couche de liquide sanguin : il apparaît nettement qu'il y a eu hémorragie intra-péritonéale mais avec peu de sang répandu dans la grande cavité. En revanche, les intestins, l'épiploon forment un dôme jeté au-dessus du pelvis et recouvrant tous les organes annexes et utérus dont on n'aperçoit que le fond. Du côté droit, on remarque même un petit orifice d'un centimètre carré à travers ce dôme, par où s'échappe du sang. On détruit les adhérences intestinales et épiploïques, sur une grande étendue de façon à dégager le pelvis et à apercevoir l'utérus et la trompe gravide du côté gauche. On refoule l'intestin dans les fosses iliaques et on le maintient par des champs opératoires intra-abdominaux.

L'utérus est saisi par son fond avec une pince de Relly et on l'attire dans la mesure du possible. L'index peut alors pénétrer dans le Douglas, décoller une partie de la poche gravide rompue, de la face postérieure de l'utérus. On enlève une grande quantité de caillots noirâtres et on déterge le Douglas.

Au lieu d'extirper immédiatement la poche ectopique, on pense qu'il sera plus facile d'enlever toute la masse en procédant à l'extirpation préalable de l'utérus. L'hystérectomie est faite par le procédé américain, c'est-à-dire que le col est sectionné de droite à gauche et que la masse gravide ectopique est décollée par dessous et en dehors. On sectionne le pédicule utéro-ovarien gauche après pincement Après ligatures, le jour est très net, on débarrasse le Douglas et la face antérieure du rectum des caillots adhérents et des débris de la poche. Fermeture du col par un surjet au catgut n° 1 et péritonisation du ligament large. Deux mèches et un drain sont mis dans le Douglas et ressortent par le bas de la plaie abdominale. Suture de la paroi en deux plans, catgut n° 2, pour à la fois le péritoine muscles et aponévroses. Catgut 0 pour la peau.

Examen des pièces. — Utérus peu augmenté de volume, présente à sa face postérieure quelques débris de caillots et de paroi de la poche ectopique qui lui était accolée. Quant à la masse annexielle gauche elle présente le volume d'une petite mandarine ; on y distingue les deux tiers internes de la trompe normale mais augmentée de volume. Quant au tiers externe aux dépens duquel s'est formé la grossesse ectopique, il est augmenté de volume et présente une large rupture de la trompe laissant apercevoir le pôle supérieur d'une sorte de kyste à paroi extrêmement mince, qui est probablement l'œuf non ouvert. La trompe est également rompue à sa face postérieure et à sa face inférieure où semble être la partie placentaire de l'œuf. A ce niveau sont de nombreux caillots qui plongent dans le Douglas. Quant à l'ovaire, il est fusionné avec la masse dont il ne se distingue pas : il s'agit vraisemblablement d'une grossesse tubo-ovarique.

Après son opération, la malade est bien pendant une demi-journée, puis elle fait brusquement de l'occlusion intestinale. La laparotomie faite le lendemain montre deux coudures intestinales faites sur des brides adhérentes. Ablation des adhérences.

Après l'intervention, la malade a encore quelques vomissements. On supprime alors toutes les mèches qui faisaient tampon et drainage et à partir de ce moment les accidents cessent.

Guérison et sortie du service le 5 mai.

Observation 6

due à l'obligeance de notre collègue et ami VILLANDRE

Mme D..., femme F..., âgée de 31 ans.

Entrée le 28 novembre 1905 dans le service du Dr Picqué (hôpital Bichat).

Cette malade se plaint de douleurs vives dans l'abdomen, ces douleurs sont survenues il y a quelques jours et la malade rentre à l'hôpital, parce qu'elles ne font qu'augmenter. Elle se plaint en outre de perdre du sang d'une manière continue depuis un mois, après un retard de règle d'un mois et demi.

Dans les antécédents de la malade on note qu'elle n'a pas eu d'enfants, mais plusieurs fausses-couches, et qu'elle a présenté depuis quelques années, l'hiver, des bronchites à répétition.

A l'examen on constate un ventre légèrement ballonné, douloureux à la paroi, au niveau de l'hypogastre.

Le pouls est plein à 80. Pas de température.

Au toucher, on constate : col mou entr'ouvert ; cul-de-sac latéral gauche, saillant. Et cette tuméfaction est due à une tumeur molle constatée par le palper bimanuel.

OPÉRATION *par le* Dr PICQUÉ. — Le ventre contient du sang liquide en petite quantité. Dans le Douglas et autour des annexes du côté gauche on trouve beaucoup de caillots. L'ovaire de ce côté est scléro-kystique. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Les annexes du côté opposé sont sains.

La malade est sortie de l'hôpital un mois après l'opération, en très bon état.

Le 3 avril, cette malade vient consulter une seconde fois le Dr PICQUÉ. Elle se plaint de nouvelles douleurs survenues après un retard de règles de deux mois. Elle perd continuellement. Le ventre de la malade est ballonné, très douloureux.

Pas de température, pouls excellent.

Au toucher, on constate une grosse masse remontant au-dessus du pubis, le cul-de-sac postérieur est très distendu et il est rejeté en avant, le fond de l'utérus est inaccessible.

L'utérus est comme coulé dans du plâtre. En somme, le tableau symptomatique est le même que lors de sa première opération.

Le lendemain de son entrée, la malade se sent beaucoup mieux. Glace sur le ventre. Expectation.

Du 3 au 10 avril, la malade se trouve très bien. Le 11, elle se lève quelques instants, est prise d'une douleur brusque et son pouls faiblit, en même temps qu'apparaît de la pâleur marquée de la face.

Le 12, les symptômes d'hémorragie ne faisant qu'augmenter. la laparotomie est pratiquée d'urgence par M. Villandre, interne du service.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une masse considérable de caillots anciens, soudant les anses intestinales entre elles et formant au-dessus de l'utérus et des annexes un véritable toit. Les adhérences sont libérées. On trouve alors dans une cavité, au-dessus du cul-de-sac de Douglas rempli de sang fraîchement épanché. La trompe du côté droit présente un kyste fœtal rompu et laissant passage à un fœtus de deux mois.

L'ovaire et la trompe sont réséqués. Les caillots sont enlevés et le petit bassin soigneusement nettoyé. Un gros drain de caoutchouc.

Les suites opératoires ont été normales, la malade est sortie vingt et un jours après l'opération.

Observation 7, 8 (A. J. Sturmer. *Journ. of. Obst.*, 1903, 2e semestre.

Quatre cas de grossesses extra-utérines rompues, survenant chez deux femmes. — Ablation par laparotomie abdominale. — Guérison.

Les cas de double grossesse ectopique survenus chez une même femelle sont assez rares pour mériter d'être rapportés. On pourra objecter que le 2e cas n'était pas une grossesse ectopique puisque ni embryon ni villosité choriale ne fut trouvée, mais je suis

certain qu'aucune autre maladie ne causerait une rupture semblable sans laisser de trace de cette nature et il n'y avait aucun signe de maladie. Certainement, si on eut fait une section de la trompe, on eut trouvé des villosités dans le microscope.

Cas n° 1. — M. Christian, 32 ans, mariée depuis 12 ans, 3 enfants, dont le dernier a 2 ans 7 mois.

Le 27 août 1897, la malade ressent une vive douleur de la base de l'abdomen. La douleur continua ce jour et fut si intense la nuit du 28 qu'elle s'évanouit. Le matin suivant elle entra à l'hôpital Rajapuran en très mauvais état, le docteur Aimé Church diagnostiqua une rupture probable de grossesse tubaire à gauche.

Après un court séjour à l'hôpital, la température s'élève de 95,6 (Fahrenheit) à 98°4, et son pouls s'accéléra suffisamment pour la faire envoyer à l'hôpital Maternité du gouvernement, où elle arrive à 4 heures précises du matin.

A l'entrée elle était calme : Temp. normale. Pouls : 110 et calme.

Examen. — Col reporté un peu à droite, ramolli. A sa droite, une tuméfaction arrondie du volume d'une orange, placée très bas, paraissant être dûe à des caillots sanguins. L'utérus parait plus large que normalement. A gauche, tumeur diffuse de sang liquide et même chose moins étendue derrière le col qui est central.

Le docteur Church, qui l'avait examinée le 27, dit qu'il avait trouvé une collection kystique en rapport avec la corne gauche de l'utérus et pas de tuméfaction à droite. La tuméfaction s'était donc étendue depuis. Après diagnostic de rupture et d'hémorragie intra-péritonéale, la malade se remettant de l'hémorragie et du choc, on pensa à l'opérer.

Anesthésie : Incision médiane de trois pouces. A l'ouverture du péritoine, flot de sang liquide qui s'échappe. Ablation rapide de quelques caillots avec les doigts, puis les doigts sont passés dans la profondeur, à gauche de l'utérus médian et libre ; à gauche, grosse tumeur enlevée, avec beaucoup de caillots autour (trompe gauche et ovaires rompus). Ligature à la soie, n° 4.

Annexes droites saines : Ablation de larges caillots à droite.

Nettoyage abdominal : Suture à la soie de la paroi après appendicectomie.

Examen des parties enlevées. — Trompe très distendue, saillante, d'un volume un peu plus grand qu'un gros gobelet, mais petite à son extrémité intérieure. A la partie supérieure, à un demi pouce de l'extrémité utérine, déchirure d'un pouce de long au travers de laquelle saille une poche de membranes contenant un embryon courbé du volume d'une prune.

Ablation du drain après 24 heures. Guérison. Sortie le 25 septembre 1897.

Retour, le 27 mars 1901. — Pas de douleurs dans le bas-ventre, à droite, et un écoulement sanglant par le vagin. Durée : 10 jours.

Arrêt de règle de 2 mois, les dernières en janvier. Règles régulières, sans douleur, durant 3 jours.

Il y a 10 jours elle remarque un écoulement sanguin. Deux jours après ce début apparaît la douleur. A quelque dispensaire de Black-Town on appliqua quelques médicaments sur l'utérus. Quelque temps après elle perdit une petite masse comme de la chair et la métrorragie fut très abondante pendant deux jours. Gros caillots sanguins évacués. Pas de lait dans les seins.

Le 28. — Tuméfaction à droite de l'utérus pas très dur, qui va à la paroi pelvienne. Ecoulement rouge sur le doigt qui touche. Pas de modification de couleur de sapin. Col légèrement décoloré. Sonde rentrant de presque trois pouces. Cavité libre.

Le 29. — Sous chloroforme, examen. Tumeur allongée à droite et l'utérus s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Opération. — Incision ovale circonscrivant l'ancienne cicatrice qui présente une petite hernie. A l'ouverture péritonéale écoulement sanguin abondant, utérus augmenté de volume ; à sa droite le sac ouvert que l'on amène à la surface. En enlevant les caillots du bout de la trompe on détermine une petite hémorragie. Ablation des annexes après double ligature. Fermeture du ventre.

Description des parties enlevées. — Ovaire droit très augmenté de volume contenant un très volumineux corps jaune. Trompe épaisse et congestionnée. Extrémité ampullaire adhérente à l'ovaire, formant entre elle et lui une petite cavité de 3/4 de pouce de long. L'extrémité de la trompe est rompue et présente adhérent un large caillot du volume d'un citron. On ne peut enlever de vil-

losités certaines ni trouver d'embryon. Il n'y a pas de doute que ce ne fut une grossesse ectopique, l'extrémité de la trompe étant adhérente à l'ovaire et formant la paroi de la grosse ectopique.

Sortie guérie, le 12 avril 1901.

Cas N° 2. — Rasamah, Hindoux, âgée de 35 ans, mariée à 20 ans. A eu 3 enfants, dont le dernier a 10 ans. Dernières règles il y a 2 mois durant 2 jours. Miction douloureuse depuis les quatre derniers jours. Pas de troubles intestinaux tels que nausées ou vomissements ou perversion de l'appétit. Bonne santé générale. Elle pilait du riz.

Le 18 au soir, entre 4 et 6 heures et à 8 heures, elle fut prise d'une douleur terrible dans le bas du ventre ; cela survint brusquement et d'emblée très intense. Le matin suivant elle remarquait une tuméfaction uniforme de l'abdomen, et la douleur qui au début était localisée au bas du ventre, devenait générale. Pas d'écoulement vaginal. La tumeur ne s'accroît plus. Depuis l'arrivée à l'hôpital, la douleur s'amende.

A l'arrivée, la malade est maigre, mal nourrie et présente un facies anxieux. Langue blanche, conjonctives pâles, paumes des mains cireuses. T.: 99. P.: 140. Décubitus latéral avec les deux genoux relevés. Respiration difficile. Abdomen uniformément distendu, ombilic déplissé à 6 pouces 1/2 de l'épine iliaque antéro-supérieure et 7 pouces 1/2 du gauche. A la palpation, abdomen sensible partout, pas de masses dures, mais la main ne peut s'enfoncer. A la percussion, le centre de l'abdomen résonne, les flancs sont mats et les hypocondres sonores.

Aucun bruit de souffle ni bruits du cœur fœtal. Seins légèrement distendus ; à la pression, quelques gouttes de liquide séreux s'écoulent. Pas d'aréole secondaire.

La malade repose dans son lit et la douleur disparaît.

Le 22. — Examen vaginal sous chloroforme. Utérus gros et repoussé à gauche. A droite, on diagnostique une tuméfaction due à une rupture tubaire et à un épanchement de sang. Laparotomie.

A l'ouverture du péritoine, écoulement abondant de sang noir. La trompe et l'ovaire furent enlevés avec une grande quantité de caillots qui leur sont attachés. Nettoyage long du petit bassin. Les

annexes gauches étaient saines mais la trompe paraissait congestionnée.

Examen. — Rupture dans le tiers moyen de la trompe droite. Villosités choriales. Corps jaune sur l'ovaire. Pas d'embryon.

Guérison et sortie le 2 avril 1901.

Retour le 2 juillet 1902. — Douleur violente dans le côté gauche de l'abdomen avec évanouissements. Les symptômes durant depuis douze jours. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle s'était cependant bien portée.

Dernières règles il y a deux mois.

Etat actuel. — Assez bien nourrie mais pâle. Pas d'œdème. Langue blanche. P.: 98 mais plein. T.: 99,4.

A la palpation, la moitié gauche du bas ventre est très sensible. On sent une tuméfaction à demi fluctuante à gauche. Pas d'ascite. Matité à la percussion à gauche. La tumeur semble être en communication avec l'utérus ; écoulement rosé de l'utérus, col violacé et mou. La sonde va au fond de l'utérus et son extrémité peut être sentie un peu à droite de l'ancienne incision. Cavité élargie.

Aux seins, aucun écoulement.

La malade se repose bien, mais comme elle semble devenir plus anémique, on décide de l'opérer.

Le 4. — On réincise sur l'ancienne incision : cicatrice mince et hernie pariétale. A l'ouverture du ventre, écoulement de sang noir et en dernier du sang clair. Une hémorrhagie évidente se faisait. Ablation de caillots et de sang liquide. Ablation des annexes gauches. Hémorrhagie difficile à arrêter. Résection d'épiploon adhérent. Fermeture de l'abdomen en trois plans.

Examen des pièces. — Trompe gauche et partie de l'ovaire. Rupture au milieu de la trompe, admettant le bout du doigt. Ouverture entourée de caillots et villosités choriales. Dilatation de ce point jusque vers l'extrémité. Sac mince, position ouverte. Corps jaune sur l'ovaire. Une masse grosse comme une balle de golf fut trouvée libre dans le pelvis : simple masse de caillots. Embryon d'un quart de pouce est relié à la trompe rompue.

Guérison et sortie le 14 septembre 1902.

Observation 9.

G. Bouilly et Legene. *Semaine gynécologique*, 1901, p. 217.

Marie P.., âgée de 34 ans, domestique, entre en novembre 1899 dans le service du Dr Bouilly pour des douleurs violentes qu'elle ressent dans l'abdomen. Ces douleurs ont débuté quelques jours avant l'entrée de la malade dans le service ; elles s'accompagnent de vomissements.

Elle a eu un retard de règles de un mois, alors que ordinairement elle est bien réglée. L'examen clinique permet de sentir dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction peu volumineuse remontant à droite jusqu'à l'arcade crurale. M. Bouilly pose le diagnostic de grossesse tubaire avec avortement tubaire et avec hématocèle rétro-utérine peu volumineuse. La laparotomie faite le lendemain, 10 novembre, montre qu'il s'agit bien d'un hématosalpinx du côté droit avec hématocèle rétro-utérine peu abondante. On enlève la trompe malade, on nettoie le Douglas et on referme le ventre en le drainant. L'examen de la trompe montre qu'elle est très dilatée au niveau de l'ampoule et du pavillon : on ne trouve pas d'embryon, ce qui ne saurait surprendre, puisqu'il s'agit d'une grossesse d'un mois à 6 semaines environ.

Les suites opératoires sont normales. Guérison.

Bonne santé jusqu'en novembre 1900. A cette époque, les règles attendues le 24 de ce mois ne viennent pas. La malade vient à Cochin dans les premiers jours de décembre. Mais la grossesse n'est pas encore manifeste.

Le 24 décembre, la malade étant debout occupée à son ménage, est prise soudain d'une vive douleur dans le ventre. Elle est obligée de se mettre au lit. La douleur se calme au bout de quelques heures, mais les jours suivants elle reparaît avec la même intensité sous forme de crises paroxystiques.

Dès *le 23*, apparaît un écoulement rouge-rosé qui persiste d'ailleurs peu abondant jusqu'au 31. A cette date, les pertes de sang augmentent considérablement : au milieu des caillots, la malade

dit avoir remarqué quelques débris membraneux. Depuis lors, l'hémorragie a persisté : mais ce sont des douleurs devenues de plus en plus violentes qui déterminent la malade à entrer à l'hôpital le 9 janvier 1901.

Au toucher. – Utérus en latéro-version droite. Dans le cul-de sac postérieur, on sent une tuméfaction qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; cette tuméfaction est d'une consistance molle et semble formée par une masse de caillots. M. Bouilly porte le diagnostic de grossesse tubaire récidive avec hématome rétro-utérin.

Le 10, dans l'après-midi, au moment où l'on finissait de préparer la malade pour l'opération du lendemain (brossage, savonnage de l'abdomen), elle fut prise de syncope. Malade extrêmement pâle, muqueuses décolorées, pouls rapide, presque incomptable. Ventre tendu, douloureux. En présence de ces symptômes, on pense que la trompe gravide vient de se rompre et l'on fait la laparotomie. Intervention trois heures après (sérum et caféine).

Laparotomie médiane à travers l'ancienne cicatrice. A l'ouverture du péritoine il s'écoule du sang liquide et des caillots en abondance au milieu desquels nage un fœtus de deux mois et demi environ non macéré.

La trompe gauche est largement rompue et sa face interne est recouverte d'un placenta en partie détaché. On enlève rapidement les annexes gauches : une fois la toilette du Douglas terminée, on referme la paroi en trois plans avec drainage.

Injection de sérum qui remonte le pouls à 104. Guérison.

Antécédents. — Grossesse 10 ans après la première ectopie. Deux ans après, elle contracta une syphilis qui fut bien traitée et ne laissa comme traces que des syphilides pigmentaires de la main droite. Pas de troubles génitaux avant les deux grossesses ectopiques.

Observation 10.

PHILIPPOWICZ. *Wiener klinische Wosch.*, 1902, p. 339.

Femme âgée de 30 ans. — Cette femme a ses règles supprimées pendant 2 mois. Le 3e mois, elle perd du sang en abondance et

croit à un avortement. Trois mois après ce prétendu avortement, la malade entre à l'hôpital. On sent à droite de l'utérus une tumeur volumineuse.

Le 6 juillet, laparotomie, on retire un fœtus macéré. Le placenta est extrait, la poche marsupialisée est transformée.

Deux ans après, le *3 décembre 1900*, la malade rentre à l'hôpital. Depuis 2 mois, les règles sont supprimées. La malade vomit et il y a deux jours qu'elle ne rend ni gaz, ni matières par l'anus. On sent sur la partie latérale gauche et en dehors de l'utérus, une tumeur de la grosseur du poing.

Laparotomie le *14 décembre*. On extirpe la trompe gauche, elle contient un fœtus de 6 cent. et présente une fissure de 2 cent. La malade guérit.

Au moment de la 2e opération, résorption complète des adhérences créées par la marsupialisation.

Observation 11

DAWSON. *Journal of obst.*, 1903, p. 301, 2e semestre.

Femme de bonne santé, 25 ans, accouche en juillet 1890 d'un enfant mort né. En juillet 1893, péritonite généralisée durant un mois. Mariée en 1894. Règles régulières mais stérilité pendant 7 ans.

Le 12 juin 1901, un jour avant ses règles coït. Le mois suivant pas de menstrues et la malade se reconnaît elle-même enceinte.

Le 9 juillet, douleur aiguë de l'abdomen, c'est-à-dire 27 jours après le coït. Douleurs continuant et pesant sur le vagin et le rectum avec sensation et tension dans les deux.

Les crises répétées de douleurs abdominales m'amènent à la voir le 12 juillet et le 13 après examen vaginal, je diagnostique une récente grossesse tubaire gauche.

Ablation *le 19*, des annexes gauches où l'on trouve un corps jaune, des villosités choriales typiques. A noter que les annexes droites étaient recouvertes et adhérentes profondément, tellement qu'on ne put les amener à la paroi pour les examiner. D'ailleurs aucun essai ne fut fait pour les libérer.

Les règles reprennent, mais alors pour ne pas courir le risque d'une grossesse, la femme introduit une éponge avant chaque coït.

Le 22 février. — Coït toujours après mise en place d'une éponge. Les règles qui devaient apparaître le 26, n'apparaissent pas.

4 jours plus tard, *le 2 mars*, petite hémorrhagie et douleurs pesantes sur le vagin et le rectum avec sensation de distension de celui-ci

Le 5. — Diagnostic de petite grossesse tubaire.

Le 9. — Ablation des annexes droites ; corps jaune de l'ovaire. Il y avait donc 20 mois d'écoulés entre les deux opérations. Or, il n'y eut pas de difficultés à enlever la trompe distendue et l'ovaire droit à travers l'incision, il n'y avait plus d'adhérences. Villosités choriales de la trompe.

Menstruation supprimée depuis la deuxième opération.

Observation 12

Cohn. *Société de Gynécologie de Breslau*, 19 février 1903.

1er Cas. — La malade opérée 4 ans auparavant pour une grossesse tubaire du côté gauche. Les annexes droites saines, avaient été laissées en place. Au cours d'une nouvelle laparotomie pratiquée le 24 décembre 1902, on trouve une grossesse tubaire rompue du côté droit.

2e Cas. — Malade opérée un an et demie auparavant d'une grossesse tubaire gauche. Les annexes droites avaient été trouvées très adhérentes et avaient été libérées.

Le 20 décembre 1902. — La malade qui présentait depuis quelques semaines des pertes abondantes, expulsait une caduque.

La laparotomie pratiquée le *13 janvier 1903*. permit d'enlever une grossesse extra-utérine développée dans la trompe droite.

Observation 13

Gifford-Nash. *Obstetrique Society of London*, 6 décembre 1905

Un cas de grossesse tubaire répétée, opérée par moi deux fois chez la même femme. Première fois, rupture de la trompe gauche

qui fut enlevée avec l'ovaire. Deux ans plus tard, nouvelle grossesse tubaire sans rupture de la trompe et ablation des annexes droites. Symptômes identiques les deux fois. Aménorrhée, douleurs pelviennes, vomissements, syncopes, hémorrhagie utérine, ténesme rectal. Expulsion de la caduque. Avant le début de ces symptômes, mais avant la rupture du kyste fœtal, il y a eu dans les deux cas expulsion d'un sac membraneux représentant le moule de la cavité utérine.

Observation 14

ALLEN. In *Boston med. Surg. Journ.*, 1906, p. 654.

Femme âgée de 26 ans. — *Le 7 décembre 1904*, le docteur Maurice Richardson enleva la trompe gauche, l'ovaire et une partie du ligament large pour une grossesse extra-utérine de deux mois environ.

Le 13 février 1906, Mme S., vint à ma visite, disant qu'elle était certaine d'être dans le même état qu'en 1904.

Réglée régulièrement tous les 24 jours pendant les 6 derniers mois, les règles vinrent le 25 janvier.

Elle a coulé un peu tous les jours depuis le *9 février*, du sang plus noir que d'habitude. Occasionnellement, douleurs névralgiques sur l'ovaire droit.

Le 22 février, elle assista à un bal, s'évanouit, et entra immédiatement. Nausées, vomissements et sensibilité générale dans l'abdomen. Température normale. Je pensais à une indigestion aiguë aggravée par la chaleur du hall et la danse.

Elle perdit le jour suivant.

Je fus appelé à la voir tous les deux ou trois jours après le 22 février. Douleurs très violentes de la région ovarienne droite durant 55 heures. Une seule fois la température fut au-dessus de la normale : 100° environ.

Augmentation de volume d'un œuf de poule découvert à l'examen vaginal.

Diagnostic : grossesse tubaire ou salpingite.

Entrée à l'hôpital, le *8 mars*, température : 99,2, pouls : 120 ; *le 10*, température : 101, pouls : 128.

Incision à droite de la ligne médiane et de l'ancienne incision.

Péritoine et épiploon adhérent autour de la cicatrice. Pas d'adhérences intestinales.

Pelvis rempli de sang noir coagulé. Utérus et ligament large solidement unis par des adhérences. Aussitôt qu'on peut amener en vue le ligament large et la trompe sont trouvés très épaissis et une cavité rompue près du pavillon.

Ablation des annexes.

Examen par le docteur Whiburz du ligament de la trompe et des caillots vérifiant le diagnostic.

2° Observations de grossesses extra-utérines bilatérales.

Observation 15.

(Psaltoff. *Congrès international de Médecine*, Madrid, 1903.

Le 19 septembre 1902 est entré dans mon service à l'hôpital, la nommée E. E..., originaire de Narly (ville située non loin de Smyrne, sur les parcours du chemin de fer) et âgée de 35 ans. Elle m'a raconté qu'elle avait toujours été bien portante et bien réglée. Mariée depuis 17 ans, elle avait eu sept enfants à terme. Son dernier accouchement datait de 7 ans. Il y avait plus de 3 ans, au mois de juin 1899, elle avait senti après un retard de quelques jours dans ses règles, des douleurs au ventre, accompagnées de vomissements. Ces phénomènes, après avoir duré vingt-quatre heures, avaient diminué pour reprendre quinze jours après avec moins d'intensité, mais accompagnés d'une métrorragie légère. Cet état avait continué pendant cinq à six mois et pendant ce temps, ses règles avaient complètement cessé. Depuis, tout mal avait dis-

paru, la femme s'était complètement rétablie, ses époques avaient repris leur cours régulier et elle pouvait vaquer à ses occupations de ménage.

Il y a quatre mois, les mêmes phénomènes se sont reproduits : douleurs au ventre et vomissements. Comme cet état a persisté pendant plusieurs mois, elle est venue à Smyrne me demander mes conseils. Ses règles étaient de nouveau supprimées pendant ces quatre mois. A son entrée à l'hôpital, elle avait l'air d'une personne bien souffrante, elle ne pouvait se tenir debout et l'on dut lui faire des injections de morphine pour calmer ses souffrances. Son ventre était tendu et douloureux à la palpation.

Par l'examen bi-manuel, j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure, de la grossesse d'une tête d'adulte, immobile, qui remplissait l'hypogastre et remontait jusqu'à l'ombilic presque. Le cul-de-sac postérieur était plein, cette tumeur l'occupait tout entier.

Le col de la matrice était ramolli en rétroversion. L'utérus était derrière le pubis, plus gros qu'un utérus normal, immobile, et paraissait englobé par la tumeur. L'état général de la malade était mauvais ; elle avait le facies altéré et le pouls petit et fréquent (120-130 pulsations à la minute).

L'existence d'une grossesse extra-utérine m'a paru l'hypothèse la plus probable, mais les antécédents de la malade me donnaient à penser.

Le 21 septembre, je procédais à la laparotomie, après avoir placé la malade dans la position inclinée. A peine le péritoine incisé, la tumeur apparaissait, ayant une surface lisse, très vasculaire et occupant tout le petit bassin. Après avoir limité la grande cavité péritonéale par des compresses aseptiques, j'ai incisé la tumeur qui était fluctuante et une quantité de liquide caractéristique et de sang a coulé. L'hémorragie était assez abondante, et sans perdre de temps, j'ai introduit la main dans la poche et j'en ai enlevé un fœtus. J'ai procédé sans retard au décollement du placenta et à la décortication de la poche entière. La poche enlevée, j'ai mis quelques ligatures nécessaires sur le ligament large, après avoir rempli la cavité de gaze stérilisée. Comme la matrice n'était pas libre du côté gauche, je suis allé à la recherche de l'annexe opposée et

alors derrière le ligament large, j'ai trouvé une tumeur grosse comme le poing, adhérente, ayant la consistance molle. Je l'ai ponctionnée avec la pointe du bistouri et presque rien n'en coulait. En l'incisant, je me suis trouvé en face d'un fœtus momifié. J'ai alors procédé au décollement de cette tumeur que j'ai pu enlever toute entière. Après avoir mis également de ce côté les ligatures nécessaires, j'ai terminé l'opération en faisant la toilette du péritoine et en enlevant toutes les coupures qui se trouvaient dedans, ne laissant qu'un tamponnement à la Mickulitz qui, dans le cas spécial et d'autres similaires, m'a rendu de réels services au point de vue de l'hémostase et du drainage.

L'opération a duré une heure et les suites opératoires étaient bien simples ; la malade n'a pas présenté le moindre symptôme inquiétant.

Le huitième jour, j'ai enlevé le Mickulitz et après un séjour d'une quarantaine de jours à l'hôpital, elle est rentrée chez elle complètement guérie.

Observation 16.

Noble. In *Américc. J. of obst.*, 1901, 1er semestre, p. 497.

Double grossesse ectopique : des deux côtés rupture. — Intervention. — Guérison.

M. L. C..., âgée de 23 ans. Mariée depuis 6 ans, a un enfant âgé de 3 ans. Aucun trouble génital sauf des règles douloureuses pour lesquelles elle a été traitée il y a un an. Depuis, elle a été fort bien. A son entrée, elle se plaint de crises de douleurs dans le bas ventre, le rectum et le dos. Elle dit que ces douleurs ont commencé il y a 6 semaines et qu'elles ont beaucoup augmenté, s'accompagnant de nausées et de vomissements. A son arrivée, la température était de 99° 3/5, le pouls à 112, 24 respirations par minute, pas de douleur, mais mal de tête, léger écoulement de sang venant de l'utérus, sensibilité tout autour de l'utérus qui est un peu augmenté de volume.

Je vis la malade le jour suivant et découvris dans le côté droit une masse molle, mal limitée, occupant la moitié du petit bassin. Sur le côté gauche, je trouvais une masse analogue du volume d'un poing. Entre les deux il y avait un sillon.

Je fis le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et fis préparer l'opération.

14 janvier. — Après incision, je trouvai du sang libre dans la cavité abdominale sous le péritoine : le côté droit du petit bassin et la fosse iliaque pleins de caillots plus ou moins adhérents aux viscères. Les annexes de ce côté furent enlevées et la rupture d'un pouce et quart de long fut trouvée sur le bord supérieur de la trompe. Le sac fœtal était entièrement désuni et libre dans la fosse iliaque. Grossesse d'environ 8 à 10 semaines.

A gauche, la masse mentionnée plus haut était formée de caillots semblables limités par les viscères agglutinés : de la trompe gauche qui n'avait pas plus d'un pouce de diamètre, s'échappait une hémorrhagie. La trompe fut enlevée et l'inspection montra une petite rupture sur le bord supérieur, à l'extrémité infundibulaire avec des villosités attachées à la muqueuse. Après ligature, l'hémorrhagie vint de la profondeur, par déchirure d'une veine sur la paroi postérieure du ligament large. Grossesse de quatre semaines environ.

Drainage du Douglas à la gaz. Guérison.

Observation 17.

Burford. *Med. Press. and circular*, 1905, t. LXXIX.

Grossesse ectopique simultanée dans les deux trompes.

Femme de 33 ans. Une grossesse normale il y a 12 ans. Deux ans plus tard accouchement prématuré avec placenta adhérent. Quelques troubles les années suivantes, les derniers, environ trois ans avant la date actuelle. Depuis règles normales, la dernière période commençant le 7 septembre 1904.

En octobre, la période menstruelle manque, et en novembre,

apparition d'un écoulement sanguin quotidien, persistant jusqu'au 28 novembre 1904, date de la consultation. Durant cette période, douleur constante dans l'abdomen avec exacerbations aiguës. Sensibilité abdominale diffuse autour de l'ombilic. La percussion de l'abdomen ne donne rien de précis ; le toucher vaginal montre un utérus dévié à droite, peu mobile, augmenté de volume et flanqué d'une tuméfaction diffuse, résistante, surtout à gauche. Le lendemain, étant au lit, symptômes brusques d'hémorragie interne, nécessitant la laparotomie immédiate.

Petite quantité de caillots récents ; pas d'adhérences épiploïques ni intestinales ; le sang nettoyé, on trouve une tumeur très adhérente de la dimension d'une orange qui fut difficilement énucléée. C'était un sac de gestation gauche, renfermant un fœtus. Une exploration plus complète montra une augmentation tubaire de moindre dimension et de consistance plus ferme à droite ; ce n'était autre chose qu'un second sac de gestation contenant un fœtus. Guérison. Le sac ectopique du côté droit siège à l'extrémité ampullaire de la trompe, il mesure 4 centimètres à sa partie la plus large et est rempli de sang dans les deux tiers de son étendue. Le reste du sac est occupé par le fœtus.

Le pavillon de la trompe de ce côté est ouvert et son ouverture mesure environ 8 millimètres. L'ovaire contient un récent corps jaune. Il ressort de cette description qu'il s'agit d'une grossesse tubaire convertie en kyste par une hémorragie et que, vraisemblablement, cette hémorragie s'est propagée au péritoine à travers l'extrémité ouverte de la trompe. Le fœtus droit mesure 38 millim. La pièce gauche présente à peu près les mêmes caractères. C'est un kyste tubaire, mesurant 4 centimètres de largeur et cinq et demi de longueur. Plus de la moitié est occupée par des caillots sanguins et des villosités choriales. Le reste est occupé par le fœtus, qui mesure 41 millimètres de longueur.

Les dimensions des deux fœtus (38 et 41 millim.) semblent indiquer qu'ils sont à peu près à la même période de développement, et que, s'ils n'ont pas été conçus en même temps, ils doivent l'avoir été à intervalle très rapproché. Les fœtus correspondant à peu près à un âge de huit semaines.

Observation 17.

Polak. *Brooklyn medical journal*, 1904, t. XVIII, p. 140.

Double grossesse ectopique. — Rupture intra-péritonéale.

Femme de 36 ans, deux enfants, dernières règles en janvier 1904. Pas d'affection annexielle antérieure. Bien portante depuis sa dernière grossesse.

Le *1er mars 1904*, douleurs violentes et soudaines du côté gauche du ventre ; quelques heures plus tard nouvelle douleur interne du côté droit. Etat de collapsus. A l'examen, légère sensibilité du flanc droit, et contracture générale de l'abdomen. Pouls : 120.

Par le toucher vaginal, col déchiré avec un utérus rejeté vers la symphyse, pas de trace d'inflammation ni d'hémorragie dans le cul-de-sac.

Opération. — Laparotomie : il existe une double grossesse ectopique rompue, grossesse gauche interstitielle avec rupture intra-péritonéale : grossesse droite occupant la partie libre de la trompe, également rompue dans l'abdomen. — Ablation des trompes.

Etat de collapsus marqué, mort le lendemain de l'opération.

Nota. — L'auteur ajoute : je rapporte ce cas car je le crois unique.

Observation 18. — Kristinus. *Revue gynéc. chir. abdom.*, 1903, p. 176.

Femme de 30 ans, 4 grossesses à terme et une fauche-couche. Dernières règles en mars 1902.

Dans la dernière semaine d'avril, la malade eut des pertes accompagnées de douleurs et rendit une membrane villeuse sur une face, lisse sur l'autre. Elle crut à une fausse couche.

Nouvelles hémorragies le 12 mai : on diagnostique une grossesse de 3 mois. Le médecin fit un 2e examen, à peine était-il terminé que la malade perdit connaissance et vomit. Au bout de 8 heures la malade se sentit mieux mais comme elle souffrait au niveau de

l'intestin et de la région sacrée, elle demanda une opération et se fit transporter à Vienne le 1er juin.

Elle arriva dans un état d'anémie profonde. Danns le Douglas, à gauche, une tumeur arrondie du volume de deux poings. Il est impossible de sentir la trompe.

Laparotomie, le 1er juin 1902. — On trouve dans le ventre une quantité notable de sang libre, puis une poche d'hématocèle plus grosse que le poing en communion avec la trompe gauche.

Le sang récemment épanché venait d'une rupture tubaire située au-dessus de l'embouchure de l'orifice tubaire dans l'hématocèle sur la portion ampullaire de la trompe. La trompe gauche passait au-dessus de la poche d'hématocèle. Après l'extirpation de la trompe et de la poche d'hématocèle, on trouve la trompe droite distendue. Extirpation Mickulitz. Guérison.

La trompe droite contient du sang et des villosités, si bien qu'on peut affirmer qu'il y a là un hématosalpinx consécutif à une grossesse tubaire à la phase d'avortement. La trompe gauche présente une petite cavité et de celle-ci part un prolongement. La cellule de Langhans, juste à ce niveau, perfore la musculaire et provoque la rupture.

L'auteur pense que la grossesse extra-utérine reconnaît pour cause un certain degré de métrite consécutive au dernier accouchement et peut être l'atrophie provoquée dans les organes génitaux par l'allaitement suivant une opinion émise par Doktor. Villosités de la trompe droite. A gauche avortement tubaire.

3° Observation de grossesse extra-utérine récidivée de la même trompe.

Observation 19.

Goodall. *Bristish medical Journ.*, juin 1906, p. 272.

Femme de 33 ans, se plaignant, le 26 mars 1905, de douleurs dans le dos et dans l'hypogastre et d'un léger écoulement vaginal,

elle a souffert de neurasthénie deux ans auparavant. Règles régulières pendant 28 ans, durant 4 jours, et jamais aucun trouble.

Mariée en novembre 1904. Règles à la fin de janvier 1905 et pas depuis.

Le 25 mars elle commence à sentir des douleurs abdominales qui deviennent progressivement plus fortes et l'écoulement commence dans l'après-midi suivante.

Le 27. — Hémorragie profuse avec caillots.

Examen. — Utérus un peu augmenté de volume avec un col pâteux admettant à peine un doigt et bombant dans le côté droit à la région inguinale, il y avait une tuméfaction ronde non pulsatile du volume d'une orange, éveillant l'idée, ou d'une grossesse extra-utérine ou d'une tumeur fibreuse.

Comme il y avait symptôme d'avortement, dilatation et essai de délivrance, on ramena seulement d'épais débris de membranes.

Pendant la prochaine quinzaine, la malade fut traitée avec des compresses chaudes et des injections au sublimé : atténuation progressive des hémorragies. La douleur droite persiste et la tumeur ne change pas.

Le 9 avril, le docteur Hautain voit la malade en consultation et pense à une grossesse extra-utérine, quoique cela puisse être un fibrome.

On applique de la glace. Diminution de la sensibilité et disparition de la douleur. Diminution progressive du volume de la tumeur.

Le 21. — On ne sent plus la tumeur par l'abdomen et par le vagin, ce qu'on pouvait sentir était l'extrémité utérine de la trompe droite n'excédant pas le volume du pouce.

Le 1er mai. — Diminution de l'épaisseur et disparition de tous les phénomènes.

Pas de doute donc sur la rupture de la grossesse extra-utérine. Règles survenues en juin et revenant une fois une quinzaine avant août.

Je revis la malade en janvier 1906. Arrêt des règles en novembre, dans les derniers jours. Rien en décembre.

Ecoulement faible le 9 janvier. Le jour suivant, crise aiguë de

douleurs abdominales et de diarrhée et ce qui paraissait être une règle ordinaire commence le 12 janvier.

Une tuméfaction ressemblant tout à fait à la première atteinte, fut trouvée dans la même situation, quoique plus étroitement unie à l'utérus qui était augmenté de volume. Col mou. Vessie de glace et injections chaudes 2 fois par jour, 15 janvier : Complète dénudation de l'utérus malgré les injections.

L'examen montre que c'est de la caduque.

Du 18 février au 23, hémorrhagie abondante qui s'arrête ensuite brusquement. Décroissance de la tumeur et, le 9 mars, on ne trouve plus que le volume d'une petite noix à la trompe droite.

Intervention refusée.

4° Observations de grossesse utérine intercalée entre deux grossesses extra-utérines.

Observation 20.

Lawson Tait. in *Brit. med. Journ.*, p. 1001, mai 1888.

Deux grossesses extra-utérines chez la même femme, séparées par une grossesse normale.

Mme R..., âgée de 25 ans, enceinte de 3 mois, fut prise d'accidents graves de péritonite, le 9 mai 1883.

On constate chez elle une tumeur mal définie, occupant la fosse iliaque droite, et on diagnostique une grossesse tubaire avec rupture de la trompe.

Le 11, la laparotomie fut pratiquée, la trompe droite enlevée et la malade guérit.

18 mois plus tard, elle redevint enceinte et eut une grossesse régulière et un accouchement normal.

15 mois plus tard, elle fut de nouveau enceinte, et, pendant 4 mois, les symptômes de la grossesse n'offrirent rien de spécial.

Le 9 mars, éclataient les accidents suivants : douleur atroce abdominale, pâleur, sensation de défaillance, vomissements. Mort rapide 3 heures après.

L'autopsie montra l'abdomen rempli de sang et de caillots. Le placenta sortait par une large ouverture de la poche utéro-tubaire, et la mort avait été causée par hémorragie. La trompe gauche communiquait avec le sac fœtal, et la rupture s'était faite à la partie supérieure et postérieure de la corne utérine gauche. Les estimations de la malade étaient exactes, et le fœtus était bien un fœtus de 4 mois ; ce qui prouve que dans la grossesse tubaire interstitielle, la rupture peut être relativement tardive. A ce point de vue, il est très important de distinguer les cas où la rupture se fait dans le péritoine, de ceux où elle se fait dans le ligament large. Ce sont ces dernières qui sont les plus favorables et qui permettent même parfois le développement ultérieur du fœtus pendant un certain temps.

Observation 21.

KOCKMANN (de Berne). *Centralbl. of gynæk.*, 1897, p. 1221.

Grossesse tubaire récidivée avec une grossesse normale entre la première et la deuxième grossesse extra-utérine.

Femme tuberculeuse, menstruée régulièrement à l'âge de 14 ans. Pertes blanches depuis l'âge de 17 ans.

En 1884, avortement. Dernières règles en juillet 1890 (âge : 24 ans), douleurs dans le bas-ventre, picotements, crampes, nausées, vomissements, fièvre. Au commencement de septembre, métrorrhagie qui dure 14 jours et se renouvelle 14 jours plus tard.

A l'examen, pas de signes de gravidité. Au niveau du bord gauche de l'utérus, près de l'origine de la trompe, tumeur un peu aplatie vers la paroi gauche du bassin.

Laparotomie le 20 octobre. — Après diagnostic de grossesse tubaire gauche.

Suites opératoires normales.

En 1894-1895, grossesse normale, terminée par la naissance d'un enfant vivant et bien portant.

Dernières règles en juin 1896. Pas de symptômes de grossesse. Résistance diffuse dans l'hypochondre droit. A droite de l'utérus, masse assez dure qui se prolonge en arrière et parait en connexion avec l'utérus qui est immobile. A gauche, 2 petites tumeurs, reste de la castration antérieure.

Diagnostic : grossesse extra-utérine droite.

Laparotomie : œuf de 6 semaines.

Mort le 8e jour de pneumonie lobaire et de péritonite.

Observation 22

J. M. Duff. In *Cincinnati Lancet clinic.*, 29 décembre 1894

Nullipare, mariée depuis 5 ans.

Des signes de grossesse s'étant montrés après 5 ans de stérilité, une tumeur existant au voisinage des annexes gauches, une grossesse intra-utérine est diagnostiquée à 2 mois environ, et l'opération refusée. Douleurs et collapsus subits. Expectation. La tumeur diminue.

Huit mois plus tard, cinq mois *après un avortement intercalaire de 9 semaines*, laparotomie (10 semaines après suspension des règles) pour grossesse tubaire droite sur le point de se rompre ; petit fœtus enfermé dans ses membranes. On trouve à gauche un sac fœtal attaché à la trompe, et renfermant du tissu placentaire. Guérison.

Observation 23

Strauca. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1889.

Femme de 26 ans, ayant eu un avortement et deux accouchement normaux, le dernier il y a deux ans.

Laparotomie le 8 mars 1896 pour grossesse tubaire gauche rompue de 2 mois environ (dernières règles : janvier), volume d'une

noix. L'œuf a été détruit par l'hémorragie. Excision des annexes gauches.

Entre les 2 grossesses tubaires avortement de 2 mois. Curettage en septembre 1896.

Treize mois après la première grossesse tubaire, laparotomie le 7 avril 1897 pour avortement tubaire droit de 3 mois environ (dernières règles : 28 janvier). Hématocèle du volume du poing. L'œuf détruit par l'hémorragie se trouve dans le tiers externe ; il s'agit donc d'un avortement tubaire. L'ovaire droit, entouré de pseudo-membranes, est extirpé avec la trompe. Guérison.

Observation 24

GRANDIN. *American Journ. of obst.*, t. XXX, p. 864, 1894.

Femme de 28 ans, ayant eu un accouchement antérieur, il y cinq ans.

En 1891, après un retard de 8 jours, un écoulement sanguin léger et des crises douloureuses répétées font diagnostiquer une grossesse tubaire droite, qui est traitée par la galvanisation. Plus tard, incision vaginale du kyste apparemment rompu dans le ligament large. Drainage, guérison.

Après quatre semaines, accès de défaillance et nouvelle incision vaginale. Drainage, guérison.

Un an après, abrasion de la muqueuse et suture d'une déchirure du col.

Deux ans après cette première grossesse tubaire, avortement vraisemblable suivi d'un curettage.

Un an après, laparotomie deux jours après avoir reconnu et incisé par le vagin une tumeur tubaire gauche accompagnée de fièvre. Sang liquide et caillots dans l'abdomen. Grossesse tubaire gauche rompue. Ablation des annexes gauches et droites ; car il y avait un pyosalpinx à droite. Drainage par le Douglas. Guérison.

5° Observation expérimentale de migration externe de l'ovule.

Observation 25 (Thèse de Bruzzi, Milan, 1884. — *In* thèse Tainturier, 1895.

Observation expérimentale montrant la migration externe de l'ovule.

« Ces expériences, je les pratiquai dans les derniers jours de juillet et les premiers jours d'août de l'année courante. J'ai opéré huit lapines dont une mourut d'entéro-péritonite. Je mis en compagnie d'un mâle les sept autres guéries. J'attendais impatiemment le résultat, lorsque au mois de novembre, les cours commençant, je dus abandonner les lapines et venir à Modène. Le 15 décembre, on me dit qu'une des lapines avait mit bas quatre fœtus trouvés morts. Je me la fis aussitôt porter. C'était elle qui avait été l'objet de la seconde expérimentation, c'est-à-dire chez laquelle avait été pratiquée l'ablation de l'ovaire gauche et de la trompe droite. Je la tuais et on fit l'autopsie.

Je fis l'incision sur les ligaments (ligne blanche) : cicatrice de 2 cent. Dans la cavité péritonéale, chaque anse adhère par de minces brides au péritoine pariétal ainsi épaissi. La vessie est pleine, on la vide. En examinant les organes générateurs, on trouve : le vagin complètement dilaté en ampoule, et contenant un liquide coulant, transparent ; les parois minces et parcourues par un vaisseau sanguin ; la corne utérine droite d'aspect normal adhérente par une petite bride à une anse intestinale, terminée par un petit tubercule, reste du point où avait été liée et enlevée la trompe, tubercule de couleur jaunâtre, dur, recouvert par une fine membrane qui contient la ligature désagrégée dans ses éléments ; le ligament utérin correspondant épais et infiltré de graisse. La trompe manque complètement, et la distance qui sépare l'utérus de la corne utérine de l'ovaire, est diminuée par la rétraction du ligament tubaire enlevé et réduit à 2 cent.

L'ovaire droit est normal. La corne utérine gauche était plus grosse que la droite; aplatie, d'une longueur d'environ 8 millimètres, de couleur gris bleuâtre elle décrit 3 courbes. Cette couleur fondamentale est interrompue par 4 stries blanchâtres, d'environ 8 millimètres, au niveau desquelles la corne est plus étroite. Evidemment les grands segments bleuâtres correspondent aux parties des cornes utérines qui circonscrivaient les fils, et les stries transversales blanchâtres, aux endroits de tissu utérin rétracté, interposé entre l'un et l'autre.

La trompe correspondante mince et de couleur rosée, s'étend sur un ligament riche en graisse et se termine par son pavillon de couleur rouge. L'ovaire gauche manque complètement et à l'endroit où il se trouvait, existe un amas de graisse dans lequel il me fut impossible de découvrir au microscope aucune trace de tissu ovarien. Avec le microscope aussi, on trouva que dans le moignon de la trompe enlevée, il n'y a pas trace du canal.

La grossesse n'avait pas été extra-utérine comme on s'y attendait ; au contraire, elle avait été vraiment utérine, précisément dans la corne utérine à laquelle appartenait la trompe ouverte et normale, et à laquelle manquait totalement l'ovaire. Il n'est certainement pas difficile d'expliquer comment cela s'est produit. Il faut admettre que les ovules du côté droit ont passé à gauche, dans la corne utérinecorrespondante où ils se sont déviés, en traversant la cavité péritonéale. Il se serait donc produit une migration externe de l'ovule.

La possibilité de la migration externe est admise par Schrœder, par Léopold, Rokitanskiy, Luschka, Weber, par Etnoff, qui citent de nombreux cas pathologiques dans lesquels la trompe manquait ou était parfaitement obstruée tandis que le corps utérin vrai était du côté opposé. Ils en donnent l'explication par ce mécanisme : des fausses membranes ont pu attirer l'ostium abdominal d'un côté vers l'ovaire du côté opposé ; ou bien l'occlusion d'une trompe, et partant l'absence de courant séreux de ce côté, a pu permettre à celui du côté opposé d'aspirer en quelque sorte l'ovule. »

CONCLUSIONS

1° La répétition, chez une même femme, de grossesse extra-utérine n'est pas exceptionnelle ainsi que l'attestent de nombreuses observations ;

2° Elle peut s'observer par ordre de fréquence dans la trompe du côté opposé à la première atteinte, dans les deux trompes à la fois ou deux fois dans la même trompe ;

3° Elle reconnait pour cause la plus fréquente l'altération inflammatoire des trompes, lésion dont la bilatéralité à peu près constante explique la bilatéralité de la grossesse ectopique ;

4° Cette altération porte surtout sur la muqueuse tubaire, mais doit être peu intense, sous peine d'obstacle à la fécondation ;

5° L'évolution de la deuxième grossesse ectopique se fait le plus souvent suivant le mode clinique de la première ;

6° La récidive n'est pas fatale après une grossesse extra-utérine. Il peut y avoir grossesse utérine normale intercalée entre deux ectopies, ou retour définitif à l'évolution utérine normale ;

7° Le diagnostic rétrospectif peut être fait non seulement par la présence d'un fœtus, mais encore par la

présence de cellules déciduales et surtout de villosités choriales dans la tumeur enlevée ;

8° La gravité de la grossesse extra-utérine impose l'intervention dès la première manifestation, intervention qui, sauf cas exceptionnel, devra emprunter la voie abdominale ;

9° La nécessité de voir au total les lésions des organes, d'enlever le sac fœtal complètement et d'examiner les annexes du côté opposé militent en faveur de la voie abdominale ;

10° La crainte de la récidive ne doit pas amener à faire la castration totale en l'absence de lésions des annexes suffisantes par elles-mêmes pour justifier cette ablation. Il n'y a d'ailleurs pas de signes certains permettant de mesurer le degré de la lésion.

Toutefois, il est nécessaire d'examiner soigneusement les annexes et de ne pas pousser à l'extrême le désir de la conservation s'il y a doute sur l'intégrité des parties.

Tout retard de règles, toute présomption de récidive doivent être cause d'une surveillance des plus attentives.

Le Président de la Thèse,
F. TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abel (Karl). *Archiv für Gynäkologie,* 1893, t. XLIV.

Amman. *Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft bei der selben Frau.* Thèse de Bâle, 1900.

Andrews. On the anatomy of the pregnant tube. *Transactions of the obst. Soc.*, Lond., 1903, vol. XLV, p. 197.

Bandler. *Americ. Journ. of obst.*, 1902, 1er semestre, p. 371, 609, 812.

Batchelor. *J. of obst. of British empire,* 1906, p. 618.

Bouilly. *Comptes-rendus de la Société d'obst. gynéc. et péd.*, nov. 1900, p. 334.

Bovée. Traitement. *Americ. Journ. of obst.*, juill. 1903.

Brouha. *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège,* 1905, t. XLIV, p. 75.

Burnier. Sur les kystes tubo-ovariques. *Zeitschrift für Geb. und Gynek.*, 1880, t. V, p. 357.

Cazeaux. *Des modifications de la muqueuse utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques.* Thèse Paris, 1903.

Cestan. Thèse Paris, 1894.

Chaye. *Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine.* Th. Paris, 1882.

Cœ. *Americ. Journ. of obst.*, 1893, t. XXVII, p. 855.

Cornil. Anatomie et histologie de la grossesse tubaire. *Revue de gynéc. chir. abdom.*, 1900, p. 3.

Couvelaire. *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires.* Th. Paris, 1901.

Dawson. *Journ. of obst. of Brit. Emp.*, sept. 1903, p. 301.

Demons et **Fieux.** Grossesse tubaire dans un conduit accessoire. *Ann. de gyn. et d'obst.*, oct. 1902, p. 241.

Doléris. Sur le traitement de la grossesse ectopique. *Soc. d'obst. gyn. péd.*, avr. 1900.

Fabri. Les injections intra-utérines comme cause possible de gros-

sesse tubaire. *Societa Italiana di ostetricia e ginec.*, Roma, vol. V, p. 257.

Fréderiq. Suites opératoires peu connues de grossesse ectopique. *Bullet. Soc. belge de gyn.*, 1904-1905, p. 67.

Funck-Brentano. *Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine.* Th. Paris, 1898.

Gobillot. *Symptomatologie de la grossesse tubaire.* Th. Paris, 1894.

Goullioud. *Ann. de gynéc.*, nov. 1891.

Haret. *Récidive de grossesse ectopique.* Th. Paris, 1900-1901.

Hennecart. *Intervention chirurgicale dans les grossesses extra-utérines.* Th. Paris, 1897.

Henrotin et **Herzog**. Anomalies du canal de Müller comme cause de grossesse ectopique. *Revue de gyn. chir. abd.*, 1898, p. 633.

Jacobs. Notes cliniques sur 82 cas. *Ann. gyn. obs.*, 1903, p. 268.

Jayle et **Delherm**. La grossesse extra-utérine tubaire et intra ligamentaire après le 5e mois. *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1900, p. 29.

Jayle et **Nandrot**. La grossesse tubaire bilatérale. *Revue gynéc. chir. abd.*, 1904, p. 195.

Karl Reiffarcheid *Centralblatt für Gynæk.*, 1903.

Kristinus. *Wiener klin. Wochensch.*, 1902, p. 47.

Küstner. Ueber Extrauberinschwangerschaft. *Sammlung Klin. Vorträge*, 1899, p. 244.

Lawson-Tait. *Leçons sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne*, 1888.

Legueu. Diagnostic. *Bulletin de chirurgie*, 1902, n° 31, p. 923.

Lejars. *Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, Paris, oct. 1904.

Lequeux. De la grossesse angulaire et de ses rapports avec la grossesse ectopique. Th. Paris. *Revue gyn. chir. abd.*, oct. 1906, p. 853.

Mandl et **Schmidt**. Etiologie et anatomie pathologique de la grossesse tubaire. *Arch. für Gynæk.* Bd LVI.

Martin. *De la récidive dans la grossesse extra-utérine.* Th. Paris, 1901.

— Ueber ectopische Schwangerschaft. *Berl. klinisc. Woch.*, mai 1893, p. 514.

Maygrier, *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine.* Th. agrégation Paris, 1886, p. 15.

Micholitset. Etiologie de la grossesse tubaire. *Zeitschrift für Gebürtshülfe und Gynæk.*, 1903, Bd. 49, Heft 1.

Moreau. Thèse d'agrégation. Paris, 1853.

Mouratoff. Etude sur la grossesse extra-utérine. *Ann. de gynéc.*, févr. 1890, p. 81.

Muret. Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. *Rev. de gyn. chir. abd.*, 1898, p. 195.

Orillard. *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine quand l'enfant est viable.* Th. Paris, 1894,

Paquy. *Des grossesses développées dans les trompes saines.* Th. Paris, 1897.

Pestalozza. De la grossesse extra-utérine répétée. *Archivio italiano di ginecologia*, oct. 1900, p. 474.

Pichevin. Traitement. *Sem. gynécologique*, 1906, p. 177.

Pilliet. Etude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. *Ann. gynéc.*, p. 241, 1895.

Pinard. *Bulletin de l'Acad.*, 1895, p. 189; — *Dictionnaire encyclopédique* : Art. Grossesse.

Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1907.

Prochownick. Pronostic. *Wiener medizin. Wochensch.*, 1895, nos 29, 30, 31 et in thèse Funck, p. 7.

Puech. De la récidive de la grossesse extra-utérine. *Gazette obst.*, 1879, no 21.

Ralli. *De la grossesse extra-utérine.* Th. Paris, 1899.

Ribemont-Dessaignes et **Lepage**. *Précis d'obstétrique.*

Roquet. Thèse Paris, 1892, no 171.

Sauvé. *Contribution à l'étude des grossesses tubaires successives et simultanées.* Th. Paris, 1906.

Segond. Traitement des grossesses extra-utérines. *Revue de gynéc. chir. abd.*, 1898, p. 801.

Sens. *Grossesse extra-utérine récidivée.* Th. Paris, 1901.

Stepkowski. Etude sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. *Revue gyn. chir. abd.*,, 1901, p. 13.

Strassmann. *Berlin. klinisch. Wochens.*, 1897, p. 36.

Strauch. *Revue chir. gynéc.*, 1898, p. 899.

Tainturier. *Recherches expérimentales sur l'étiologie des grossesses extra-utérines.* Th. Paris, 1895.

Tracy. *New Y. Med. Journal*, 1906, p. 543.

Van Engelen. *Journal méd.*, Bruxelles, 1904, p. 372,

Van Tussenbrœk. Grossesse ovarienne. *Ann. gynéc.*, déc. 1899, p. 537.

Varnier et **Mangin**. *Compte-rendu de la Soc. obst. péd.*, t. II.

Varnier. Discussion de la *Soc. d'obstétrique gyn. péd.*, 7 déc. 1900, p. 296.

Vignard. Etiologie. *Ann. gynéc.*, nov. 1901, p. 354.

Voigt. De la formation de la capsulaire dans la grossesse tubaire. *Archiv für Gynœk.*, Bd LXVIII, p. 642.

Vuilliet. *Arch. für Gynœk.*, 1884, p. 427, t. XXII.

Webster. *De la grossesse extra-utérine.* Berlin, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 5

Historique 10

Etiologie 14

Anatomie pathologique 37

Symptomatologie 43

Diagnostic 53

Pronostic 58

Traitement 63

OBSERVATIONS :

De récidive dans la trompe opposée 69

De grossesse extra-utérine bilatérale 91

De récidive dans la même trompe 97

De grossesse normale intercalée entre deux grossesses ectopiques. 99

CONCLUSIONS 105

BIBLIOGRAPHIE 107

FÉDÉRATION du LIVRE 23e Section SYNDICAT MARQUE

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon (1732-7-7).

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 81

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Décembre 1906, à 1 heure

PAR

Marie-Jean-Pierre FLOURENS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Leucocytoses Infectieuses

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*

Juges { MM. JOFFROY, *professeur*
DESGREZ, *agrégé*
RENON, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU, TERRIER, BERGER, RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BUDIN, PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE

LE DOCTEUR CHARRIER

Ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

MENET ET FOLLEY

Internes des Hôpitaux

Morts victimes du devoir

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MARIE JEAN PIERRE FLOURENS

Physiologiste

(1794-1867)

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MICHEL CHEVALIER

Economiste

(1806-1879)

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

GUSTAVE FLOURENS

Défenseur de la liberté

Né le 4 août 1838

Assassiné le 2 avril 1871

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

Affectueux et reconnaissant hommage

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

AUX MIENS, A MES AMIS,

A MES COLLABORATEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS L'INTERNAT

MESSIEURS TOUPET (1902-1903),

CLAISSE (1902-1903),

RÉNON (1903-1904), LESAGE (1903-1905),

WURTZ (1905-1906)

A MES MAITRES DANS L'EXTERNAT

MESSIEURS RÉNON (1898-1899),

HALLOPAU (1900-1901),

BENJAMIN ANGER (1900-1901),

BROCK (1900-1901), AUDHUI (1901-1902),

ENRIQUES (1901-1902),

GILBERT-BALLET (1901-1902)

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LAUNOY, LE DENTU, BERGER, CAUSSADE, PIGNOL, APPERT, GANDY, KAHN, MAUCLAIRE, LONDE, LAFFITE, GALLOY

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MESSIEURS ROUX, METCHNIKOFF, BORREL, NICOLLE, BINEAU, LAVERAN, MESNIL, VEILLON RENÉ-MARIE, DOMINICI, NATAN-LARIER, GRIFFON, BEZANÇON, BLANCHARD, CHANTEMESSE, ROGER, GAUCHER, JEANSELME

A MES CHEFS DE CONFÉRENCE D'INTERNAT

MESSIEURS MAURICE MARCILLE ET CHARLES LAUBRY